



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Ústav zdravotnických studií



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ošetrovatelská rehabilitační péče u lidí s těžkým
kombinovaným postižením v sociálních zařízeních

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

**Ošetrovateľská rehabilitačná péče u lidí s těžkým
kombinovaným postižením v sociálních zařízeních**

Physiotherapy treatment for people with serious combined
disabilities in social services care.

Studijní program: B 5341 Ošetrovateľství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Miloslava Hrdličková

2013

P r o h l á š e n í

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 30. 4. 2013

Podpis: *Michal Hora* *Miloslav*

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Miloslava Hrdličková
Osobní číslo: Z09000098
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Název tématu: Ošetrovatelská rehabilitační péče u osob s těžkým kombinovaným onemocněním v sociálních zařízeních
Zadávající katedra: Ústav zdravotnických studií

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle:

Zjistit úroveň rehabilitační ošetrovatelské péče v sociálních zařízeních pro lidi s těžkým kombinovaným postižením.

Zjistit vliv ošetrovatelské rehab. péče na soběstačnost klientů.

Východiska:

Zaměřit se na poskytování ošetrovatelské rehabilitační péče v některých zařízeních pro těžce postižené. Zjistit používané metody a četnost použití.

Pomocí testu na vyhodnocení dle Barthelové vyhodnotit soběstačnost klienta

Výzkumné předpoklady:

Předpokládám, že oš. rehab. péče bude ve sledovaných zařízeních nedostatečná. Nejčastější příčinou bude nedostatek personálu.

Nejčastější projev nedostatku ORP bude svalové postižení, kontraktury.

Předpokládám, že správně provedená oš. rehabilitační péče bude mít pozitivní vliv na soběstačnost klienta.

Metoda: kvantitativní

Technika: dotazník(poštovní, individ.osobně předávaný)

Místo a čas výzkumu:

IC Horní Poustevna, DSS Kadaň, DSS Litvínov, ÚSP Jiříkov, Domov Brtníky, Středisko Dar;
říjen 2012 - leden 2013.

Vzorek:

Ošetroující personál v sociálních zařízeních

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- 1) BARTKO, D., Neurologie. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-024-81
- 2) ČERNÁ, M., et al. Česká psychopedie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3
- 3) FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. 1.vyd. Praha: GradaPublishing,a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1314-4
- 4) CHÁB, M. Svět bez ústavů. 1.vyd. Praha: QUIP, 2004. ISBN 80-239-4772-9
- 5) JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
- 6) KRACÍK, J. Patopsychologie postiženého dítěte. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1984. ISBN 17-292-84

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Petra Brédová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 31. března 2011

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2013

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs

rektor



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Marie Froňková".

Mgr. Marie Froňková

pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 29. března 2013

Studentka
Miloslava HRDLIČKOVÁ
Z09000098
Brigádnická 704
460 08 Liberec 8

Vyřizuje: Bc. K.Pecháčková/485 353 774

V Liberci dne 11. června 2012
č.j.: 12/8518/0367-02

Vyřádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 30.5.2012, zaevidované pod č.j.: 12/8518/0367-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu bakalářské práce „Ošetrovatelská rehabilitační péče u osob s těžkým kombinovaným postižením v integrovaném centru“ a zároveň **souhlasím** s prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30.6.2013.

S pozdravem


doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel



30.5.2012
12/15718/0367-01

ŽÁDOST

Jméno: MILDILAVA HRDLIČKOVÁ

Ročník: 3. Osobní číslo: 409000099 Datum narození: 25.3.1974

Studijní obor: OŠETŘOVATELSTVÍ Prezenční studium*/Kombinované studium*



Adresa trvalého bydliště: ZBĚDOVÁ 704 LIBEREC P

Adresa určena pro doručování:

Číslo telefonu: 929 323 411 E-mail: mila.hrdlickova@centrum.cz

Odůvodnění

ŽADAM O PRODLOUŽENÍ TERMÍNU ODEVODNĚNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE DO 30.6.2012,
TÉMA: OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITAČNÍ PÉČE U DVOU V TĚŽKÝM KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM V INTEGROVANÉM CENTRU,
A PONECHÁNÍ TÉMATU.

V LIBERCI 30.5.12 VEDOUcí PRÁCE:  
datum podpis studenta

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil/a veškeré údaje.

VYJÁDRĚNÍ ÚSTAVU

Rozhodnutí ředitele:


1.6.2012 

Rozhodnutí rektora:



Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Petře Brédové za ochotu, cenné rady a vřelou spolupráci při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům v Integrovaném centru Horní Poustevna, Domovu sociálních služeb Kadaň, Domovu sociálních služeb Litvínov, ÚSP Háj u Duchcova, p. o., Domovu pro osoby se zdravotním postižením Brtníky, ÚSP Jiřikov, Středisku Dar, Chráněném bydlení Pastelky za spolupráci a možnost provedení výzkumu.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Miloslava Hrdličková

Institute: Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Název práce: Ošetrovatelská rehabilitační péče u lidí s těžkým kombinovaným postižením v sociálních zařízeních

Vedoucí práce: Mgr. Petra Brédová

Počet stran: 80

Počet příloh: 8

Rok obhajoby: 2013

Souhrn: Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské rehabilitační péče u lidí s těžkým kombinovaným postižením v sociálních zařízeních. Cílem práce je zjistit úroveň vykonávané ORP v sociálních zařízeních a zjistit vliv ORP na soběstačnost klienta. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části jsou shrnuty obecné poznatky o mentální retardaci, jejím členění a o příčinách vzniku. Dále práce shrnuje poznatky o výskytu nejčastějších syndromů spojených s mentální retardací a výskytu nejčastějších kombinovaných vad. Část práce je věnována ošetrovatelské rehabilitační péči. V závěru teoretické části je nastíněn historický vývoj ústavní péče. Ve výzkumné části bakalářské práce analyzujeme poznatky získané při výzkumu. Pro zpracování výzkumné části je zvolena metoda formou dotazníku. Výzkum je doplněn o analýzu – vyhodnocení aktuálního stavu klienta v oblasti soběstačnosti, dle dvou funkčních testů – podle testu Barthelové a testu funkční míry nezávislosti FIM. Pro kvalitativní pohled na ORP u lidí s těžkým kombinovaným postižením byli zpracovány dvě kazuistiky.

Klíčová slova: mentální retardace, kombinované vady, rehabilitační ošetrovatelství, polohování, bazální stimulace

Annotation

Name and surname: Miloslava Hrdličková

Institution: Technical University of Liberec, Institute of health studies

Title: : Physiotherapy treatment for people with severe combined disabilities in social services care.

Supervisor: Mgr. Petra Brédová

Pages: 80

Appendix: 8

Year: 2013

Summary:

The topic of this thesis is concerned with assessing the effectiveness of rehabilitation nursing care on clients with severe multiple disabilities in nursing homes. The aim of this thesis is to assess the level of care in these institutions and to assess how the nursing care affects the independence of clients. There is a theoretical and practical part. The first theoretical part summarises information about mental retardation, its causes and division. It also summarises findings about the most common syndromes associated with mental retardation and the most common occurrence of multiple impairment. One part of the thesis follows the nursing rehabilitation care. The end of the theoretical part outlines the historical development of institutional care. The practical part of the thesis follows the results of a research obtained by a questionnaire. There is an added analysis - an assessment of the present state of the clients' independence - the Barthel test and the functional independence test FIM. Two case reports are added.

Keywords: mental retardation, combined impairments nursing care, positioning, basal stimulation

Obsah

2013	1
Technická univerzita v Liberci	2
Ústav zdravotnických studií.....	2
I Úvod.....	14
II Teoretická část	15
1 Mentální retardace	16
1.1.1 Lehká mentální retardace, IQ 50-59	16
1.1.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49.....	17
1.1.3 Těžká mentální retardace, IQ 20-34	18
1.1.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20	18
1.1.5 Jiná mentální retardace	19
1.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace	19
1.2 Příčiny vzniku mentální retardace a její možná prevence.....	19
1.2.1 Materiální rizikové faktory	22
1.2.2 Nemateriální (interpersonální) rizikové faktory	23
1.2.3 Možnosti prevence vzniku mentálního postižení.....	23
1.3 Diagnostika mentální retardace.....	24
2 Nejčastější výskyt syndromů spojených s mentální retardací	26
2.1 Downův syndrom	26
2.1.1 Anatomické zvláštnosti lidí s Downův syndromem	26
2.2 Rettův syndrom	27
2.3 Syndrom kočičího křiku	27
2.4 Turnerův syndrom.....	28
3 Kombinované vady vyskytující se spolu s mentální retardací.....	28
3.1 Smyslové vady	28
3.2 Tělesná postižení	29

3.2.1	Dětská mozková obrna.....	30
4	Rehabilitační ošetřovatelství.....	31
4.1	Hodnocení soběstačnosti.....	33
4.1.1	Test Barthelové.....	33
4.1.2	Test funkční nezávislosti – FIM	33
4.2	Polohování.....	34
4.3	Bazální stimulace	34
5	Ústavní péče.....	35
5.1	Historie ústavní péče	36
5.2	Současná ústavní péče.....	37
III.	Výzkumná část.....	39
6	Metodika práce	39
6.1	Použitá metoda výzkumu	39
6.2	Výběr respondentů	40
6.3	Organizace výzkumu.....	40
7	Výsledky výzkumu a jeho analýza	41
8	Diskuze	65
9	Doporučení pro praxi	74
10	Závěr	76
	Seznam bibliografických citací.....	78
	Seznam příloh	80

Seznam zkratek

aj.	a jiné
AIDS	syndrom získané imunitní nedostatečnosti
apod.	a podobně
CNS	centrální nervová soustava
čas.	časopis
DMO	dětská mozková obrna
DSS	Domovy sociálních služeb
FIM	Functional Independence Measure
IC	integrované centrum
ILSHM	mezinárodní liga společností pro mentálně postižené
IQ	intelligenční kvocient
LMR	lehká mentální retardace
např.	například
NS	nervová soustava
ORP	ošetřovatelská rehabilitační péče
resp.	respektive
Rh	Rhesus faktor (krevní antigen)
Rtg	rentgen
s.	strana
tzv.	takzvaně
ÚSP	ústav sociální péče
VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí

I Úvod

„Pohled na člověka v ústavní péči jako spoluobčana a následné zhrození, které musí nastat: teprve to přiměje ke skutečné změně.....teprve srovnáním s tím, co mohou a běžně dělají vrstevníci svěřenců a obyvatel ústavu, nastavujeme měřítko uzavřenému světu ústavů.“

„Ústav je léčebnou, která předem stanoví doživotní pobyt bez „léčení“.“

(Milan Cháb, 2004, s. 19)

V dnešní době je už zcela běžné, že mezi sebou potkáváme jedince, kteří se pro své postižení odlišují od většiny zdravých lidí. Je samozřejmostí a trendem, že jsou lidé s mentální retardací integrováni do společnosti. V minulosti tomu tak bohužel nebylo. Tito jedinci byli uzavíráni do ústavů a zcela izolováni od světa, shromažďováni za zedí.

Přesto, že v oblasti sociální péče o lidi s mentální retardací, stále přetrvávají některé nedořešené problémy a dluhy, lze již s jistotou říci, že péče a podpora o ně, je na velmi dobré úrovni a je kladen důraz na co největší možný individuální rozvoj osobnosti každého daného jedince, na nalezení pro něj optimálního místa ve společnosti a vytvoření podmínek pro kvalitní život.

Tato práce se zabývá ošetrovatelskou rehabilitační péčí o lidi s těžkým kombinovaným postižením v sociálních zařízeních.

Stejně jako se změnil pohled na jedince s mentální retardací, změnil se i pohled na význam poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče. Prokázalo se, že tato společná kombinace péče má své opodstatnění, zejména zahájí-li se včas a je cílená, soustavná a individuální. Cílem této práce bylo zjistit efektivitu ošetrovatelské rehabilitační péče na soběstačnost jedince a ozřejmit některé přetrvávající problémy doprovázející vykonávání této péče v sociálních zařízeních.

II Teoretická část

CÍLE A HYPOTÉZY

Pro výzkumnou část jsme stanovili 2 cíle:

1. Zjistit úroveň ošetrovatelské rehabilitační péče v sociálních zařízeních pro lidi s těžkým kombinovaným postižením.
2. Zjistit vliv ošetrovatelské rehabilitační péče na soběstačnost klienta.

Hypotézy jsou stanoveny následovně:

1. Předpokládám, že ošetrovatelská rehabilitační péče bude v sociálních zařízeních s větším počtem klientů na počet pracovníků ve směně nedostatečná než v opačném případě. Nejčastější příčinou bude nedostatek personálu.
2. Předpokládám, že nejčastějším projevem nedostatečné ošetrovatelské rehabilitační péče bude spíše svalové postižení, kontraktury než zhoršení psychického stavu.
3. Předpokládám, že správně provedená ošetrovatelská rehabilitační péče bude mít stejný pozitivní vliv na soběstačnost u klientů s menším stupněm závislosti jako u klientů plně závislých.

1 Mentální retardace

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností, které se v psychologii označují jako inteligence. Inteligenci lze v tomto případě chápat jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím.

„Při mentální retardaci nejde o zpomalení nebo zastavení kognitivního vývoje. Kognitivní vývoj probíhá od samého počátku odlišně. V každém vývojovém období se mentálně retardované dítě kvalitativně liší od psychicky zdravých dětí.“ (Nývtová, 2008, s. 17).

Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci, u kterých došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Příčinou mentální retardace je organické postižení mozku.

Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení došlo, rozlišujeme **oligofrenii**, která se považuje za opoždění duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním, a **demenci**, jež se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu již v průběhu života jedince.

Důležitým znakem mentálního postižení je trvalost porušení poznávací činnosti. Mentálním postižením nebo mentální retardací rozumíme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku.

[2, 14]

1.1 Klasifikace mentální retardace

1.1.1 Lehká mentální retardace, IQ 50-59

- Velký vliv má dědičnost, sociokulturně znevýhodněné prostředí,
- do 3 let je dítě jen lehce psychomotoricky opožděno,
- mezi 3. a 6. rokem se objevují větší potíže, je opožděný vývoj řeči, slovní zásoba je malá, dítě je nedostatečně zvědavé a vynalézavé,
- většina lehké mozkové retardace se diagnostikuje až ve věku školní docházky, kdy má dítě nejvýraznější problémy: omezenost logického, abstraktního a

mechanického myšlení, je lehce opožděna jemná a hrubá motorika, slabší paměť atd.,

- v emocionální oblasti se projevuje afektivní labilita,
- jedinci se vzdělávají většinou ve školách praktických podle odpovídajícího vzdělávacího programu, při splnění stanovených podmínek je možná i integrace do běžné základní školy,
- jedinci jsou většinou schopni užívat řeč v každodenním životě, dosáhnout nezávislosti v osobní péči (jídlo, hygiena, oblékání...) a v praktickém životě,
- při vzdělávání je vhodné rozvíjet jejich dovednosti a kompenzovat nedostatky,
- k lehké mentální retardaci se mohou individuálně přidružit vývojové poruchy, autismus, tělesné postižení, epilepsie, poruchy chování,
- většinu jedinců (z horní hranice LMR) lze zaměstnat v praktických profesích,
- výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 80 %, v populaci je to 2,6 %.

[8, 13, 18]

1.1.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49

- Výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči - přetrvává do dospělosti,
- opožděná a omezená zručnost a schopnost postarat se sám o sebe,
- jen někteří jedinci si osvojí čtení, psaní a počítání,
- vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základních školách speciálních, další vzdělávání je možné ve škole praktické,
- schopni vykonávat jednoduchou manuální práci pod odborným dohledem nebo v chráněném prostředí (chráněné dílny, podporované zaměstnání),
- v dospělosti jsou málokdy schopni vést samostatný život, ale bývají fyzicky aktivní
a mobilní se schopností komunikovat a navazovat kontakty,
- individuální rozvoj senzomotorických dovedností a verbálních schopností,
- k středně těžké mentální retardaci se může přidat dětský autismus, tělesná postižení, neurologická nemoc (epilepsie), psychiatrická nemoc,
- diagnóza zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu a těžkou oligofrenii,
- výskyt v celkovém počtu jedinců s mentálním postižením je 12 %, v populaci je to 0,4 %.

1.1.3 Těžká mentální retardace, IQ 20-34

- Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky a jinými přidruženými vadami (špatný vývoj nervového systému),
- časté tělesné vady,
- řeč je jednoduchá, omezena na jednotlivá slova, nebo se nemusí vytvořit vůbec,
- vzdělávání je velmi omezené, probíhá podle odpovídajícího vzdělávacího programu
v základní škole speciální,
- včasná systematická a kvalifikovaná rehabilitační a vzdělávací péče přispívá k rozvoji motoriky, komunikativnosti, rozumových schopností a soběstačnosti,
- diagnóza zahrnuje těžkou mentální subnormalitu a těžkou oligofrenii,
- výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 7 %, v populaci to je 0,2 %.

1.1.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20

- Většina osob je imobilní nebo velmi omezená v pohybu, bývají inkontinentní (neschopni udržet moč, stolici), schopná pouze primitivní neverbální komunikace,
- automatické stereotypní pohyby (kývavé pohyby),
- nepoznávají okolí,
- časté je i sebepoškozování - mají snížený práh citlivosti,
- nemají schopnost se o sebe postarat, a proto potřebují stálou péči,
- IQ nelze změřit, jeho hodnota je odhadována pod 20,
- lze dosáhnout nejjednodušších zrakově prostorových orientačních dovedností,
- neurologické a jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie, poškození zraku
a sluchu provázejí hlubokou mentální retardaci,
- diagnóza zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu a hlubokou oligofrenii (idiocii),

- výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 1 %, v populaci to je 0,2 %.

[8, 13, 18]

1.1.5 Jiná mentální retardace

Do této kategorie patří jedinci, u nichž stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické postižení, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených.

[8, 13, 18]

1.1.6 Nespecifikovaná mentální retardace

- Mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací pro to, aby byl jedinec zařazen do jedné z předchozích kategorií.
- Zahrnuje: Mentální retardaci NS, mentální subnormalitu NS, oligofrenii NS.

Uvedená klasifikace mentální retardace již neobsahuje kategorii „mírná mentální retardace“ (IQ 85-69), která se někdy používá v poradenské praxi. Snížení úrovně rozumových schopností zde zpravidla nesouvisí s organickým postižením mozku, nýbrž bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Tito jedinci s opožděným vývojem, které vzniklo z jiných příčin, než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady) se nepovažují za mentálně postižené.

[8, 13, 18]

1.2 Příčiny vzniku mentální retardace a její možná prevence

Základem veškeré psychické činnosti je morfologie a fyziologie činnosti CNS.

Morfologie je nauka o stavbě, struktuře a propojení nervových buněk.

Fyziologie se zabývá biochemickými procesy, které probíhají v centrálním nervovém systému.

Základní morfologie a fyziologie mozku se nepochybně dědí. Proto i některé psychické poruchy mohou být dědičné. V průběhu života však pod vlivem celé řady vnějších a vnitřních okolností, a hlavně pod vlivem toho, jaké činnosti daný jedinec vykonává, dochází k neustálým změnám jak ve stavbě mozku, tak i v biochemických procesech, které v něm probíhají. Tyto změny mohou být pozitivní, pak dochází k rozvoji, zdokonalení. Ale bohužel mohou být i negativní, pak často dochází ke vzniku psychických poruch.

[1, 14]

„Etiologie mentální retardace je velmi rozmanitá, a to nejen vzhledem k množství možných vlivů ohrožujících zdravý růst plodu (příčiny prenatalní), ale i k řadě dalších onemocnění, úrazů, infekcí, tzv. biologických faktorů či defektů působících na rozvoj jedince v době pozdější (příčiny perinatální - kolem porodu, a postnatální - ovlivňující vývoj člověka po narození, prakticky po celý život).“ (Černá, 2008, s. 84).

Švarcová (2006, s. 62) uvádí jako nejčastější příčiny mentální retardace:

- Následky infekcí a intoxikací
 - ✓ prenatalní infekce (např. toxoplasmóza, zarděnky, cytomegalovirus, pásový opar, kongenitální syfilis),
 - ✓ postnatální infekce (např. zánět mozku),
 - ✓ intoxikace (např. toxémie matky, otrava olovem).
- Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů
 - ✓ poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie),
 - ✓ postnatální poranění mozku nebo hypoxie.
- Poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. mozková lipoidóza, hypotyreóza – kretenismus, fenylketonurie, glykogenózy a další).
- Makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou).
- Nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatalními vlivy (např. vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza a další).
- Anomálie chromozomů (např. Downův syndrom).
- Nezralost (stavy při nezralosti novorozence bez uvedení jiných chorobných stavů).
- Vážné duševní poruchy.
- Psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek).

- Jiné a nespecifické etiologie

Raboch a Zvolský rozlišují faktory prenatální a perinatální:

- Prenatální
 - ✓ infekční onemocnění matky,
 - ✓ endokrinní poruchy matky,
 - ✓ Rh inkompatibilita,
 - ✓ fetální alkoholový syndrom,
 - ✓ kokainový syndrom,
 - ✓ získaný defekt imunity (AIDS),
 - ✓ další intrauterinní poškození.
- Perinatální
 - ✓ mozkové hypoxie novorozence,
 - ✓ krvácení do mozku v důsledku porodní patologie.

[2, 13, 18]

Mezinárodní klasifikace psychických poruch a poruch chování vychází z předpokladu, že příčiny psychických poruch neznáme. Na vzniku všech psychických poruch se podílí vždy více příčin, které jsou ve vzájemné interakci. To znamená, že jedna nepříznivá okolnost zpravidla vytvoří podmínky pro to, aby mohla zapůsobit jiná nepříznivá okolnost. Nepříznivými okolnostmi (rizikovými faktory) mohou být: dědičnost, toxické vlivy životního prostředí, nevhodná výživa, působení virů, bakterií, parazitů, špatný životní styl, stres, emoční traumata, infekční onemocnění, aj.

Projevy mentální retardace jsou velmi rozmanité, existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku mentální retardace a jejích možných kombinací. Záleží nejen na rozsahu postižení, ale i na tom, které části CNS byly narušeny, na intenzitě a délce působení rizikového faktoru, na úrovni ontogenetického vývoje (stupeň vývoje daného jedince), v níž rizikový faktor působil, na vnímavosti a citlivosti daného jedince.

Bohužel i přes obrovské pokroky biologických věd a zpřesňující se možnosti diagnostiky mentální retardace zůstává mnoho příčin mentálního postižení dosud

neobjasněných. Obecně rozlišujeme příčiny endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). Příčiny vnitřní jsou genetické. Jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Příčiny vnější působí od početí, v průběhu gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Mohou být bezprostřední příčinou nebo působit jako činitel spouštějící projev zakódované patologie dědičnosti nebo modifikují její průběh. Vnější vlivy působí na jedince z prostředí, ve kterém žije. Jedná se o vlivy materiální nebo nemateriální (čili interpersonální) povahy.

[2, 13, 18]

1.2.1 Materiální rizikové faktory

O materiálních rizikových faktorech se hovoří zejména v souvislosti se špatným životním prostředím, v němž dnes lidé v technokraticky orientované společnosti žijí. Tyto rizikové faktory je možné dále dělit na **chemické**, **fyzikální** a **biologické**. Mohou přímo narušit morfologii a fyziologii mozku, u dětí mohou vážně narušit vývoj mozku nebo mohou primárně způsobovat změny ve fungování vnitřních orgánů a následně, sekundárně pak změny v CNS.

[10, 13]

Chemické faktory

Lidé každodenně přichází do styku s velkým množstvím chemických látek. Nejvíce se jich přijímá v potravinách, jsou to různé konzervanty, barviva, tavící soli, stabilizátory, emulgátory, sladidla, která se přidávají do potravin za účelem „lepšího“ vzhledu a chuti. Dále se získávají z vody, ovzduší, půdy, z bytového zařízení, stavebních hmot, čisticích prostředků, léků, aj.

[10, 13]

Fyzikální faktory

Jsou to různé druhy záření (radiové, rentgenové), otřesy, vibrace, nadměrný hluk. Možnou souvislostí s poškozením nervových buněk u dětí je i působení ultrazvuku.

[10, 13]

Biologické faktory

Jedná se o působení virů, bakterií, parazitů a plísní.

[10, 13]

1.2.2 Nemateriální (interpersonální) rizikové faktory

Patří sem i problematické interpersonální vztahy, v rámci kterých mohou někteří jedinci zažívat psychická traumata a chronické stresy zatěžující psychiku i tělo, navozující dlouhodobé negativní emoční prožívání. Tyto vlivy ovlivňují průběh biochemických procesů v lidském těle, funkci tělesných orgánů, oslabují imunitu, apod.

[10, 13]

1.2.3 Možnosti prevence vzniku mentálního postižení

Prevenci lze chápat jako činnost zaměřenou na zamezení vzniku fyzické, intelektové, psychické či smyslové vady (primární prevence) nebo zabránění tomu, aby vada způsobila trvalé funkční omezení či postižení (sekundární prevence). Do prevence může spadat primární zdravotní péče, prenatální a postnatální péče o dítě, výchova týkající se výživy, imunizační kampaně proti přenosným onemocněním, opatření pro kontrolu endemických nemocí, postižení z povolání a pro prevenci postižení, které je výsledkem znečištění prostředí.

Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené (ILSHM) formulovala desatero zásad - základních požadavků prevence mentálního postižení, jejichž dodržováním lze omezit možnost vzniku tohoto postižení:

1. Ideální by bylo, kdyby žena nejméně tři měsíce před otěhotněním navštívila lékaře. Vzhledem k jejímu aktuálnímu zdravotnímu stavu jí může doporučit různá opatření podporující narození zdravého dítěte (např. očkování, dietu, vitamíny, cvičení).
2. Nastávající matka by měla jíst zdravou a rozmanitou stravu obsahující maso, ryby, zeleninu, ovoce, chléb, obiloviny a mléčné výrobky.
3. V průběhu těhotenství se vyvarovat pití alkoholu.
4. Nekouřit.
5. Vyvarovat se užívání léků bez porady s lékařem.

6. Pravidelné kontroly u svého lékaře.
7. Chránit se včas očkováním proti zarděnkám, hepatitidě typu B, přeočkováním proti spalničkám, pokud matka nebyla očkována v dětském věku.
8. Navštívit genetickou poradnu. Nezbytně nutná je pro nastávající matky starší 35 let, nebo má-li některý z partnerů v rodinné anamnéze genetický defekt, či v případě, kdy matka měla několik potratů či mrtvě narozené dítě.
9. V době těhotenství se vyvarovat RTG záření.
10. Vyhybat se infekčním onemocněním.

[7, 8]

1.3 Diagnostika mentální retardace

Historicky významný pohled na diagnostiku mentální retardace přinesl Karel Slavoj Amerling (1807-1884), který se kromě jiného zabýval i etiologií mentálního postižení, diagnostikou somatických abnormalit a vadami řeči. Kladl důraz na pozorování a dokumentoval ho fotografiemi. Mezi prvními zdůrazňoval nutnost zohledňovat rodinnou anamnézu a tzv. motivační diagnostiku.

[2, 15, 18]

Na Amerlinga navázal Karel Herfort (1871-1940) tím, že zpřesnil a zdokonalil dokumentaci osob s mentálním postižením. Jeho důležitou zásluhou v oblasti diagnostiky bylo zavedení kazuistik, jež obsahovaly podrobné údaje o rodině, o charakteristice rodinného prostředí, rodokmeny, údaje o vzdělávání, poznámky o schopnostech a dovednostech jedinců a jejich pokrocích. Dalšími významnými osobnostmi a pokračovateli byli Josef Zeman, Jan Mauer (využití kresby v oblasti diagnostiky), František Čáda (spoluzakladatel Ústavu pro výzkum dítěte a dorůstající mládež), Miloš Sovák a další.

[2, 15, 18]

„Současné pojetí diagnostiky a poradenství reflektuje změny pojetí osob se speciálními vzdělávacími potřebami“. (Černá, 2008, s. 99). Dle Černé není cílem člověka s mentálním postižením „zaškatulkovat“, ale najít oblast jeho individuálních specifických potřeb, ty naplnit a umožnit mu tak důstojný život ve společnosti.

[2, 15, 18]

Diagnostika je dlouhodobý proces, kde se musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj dítěte. Vyžaduje zkoumání dítěte v jednotě biologické, psychologické i sociální. Tímto způsobem stanovené diagnózy nám umožňují volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a dosahovat tak postupných změn ve vývoji dítěte.

Při provádění diagnostického šetření musíme brát na zřetel, že jednou z podstatných charakteristik mentální retardace je snížení úrovně adaptačních schopností. Horší přizpůsobivost se novým podmínkám a nesnadnému navázání kontaktu s neznámými lidmi se negativně odráží i na výkonu, který podává jedinec v různých zkouškách.

K diagnostice rozumových schopností se užívají spolu s dalšími metodami inteligenční testy. Jejich cílem je odhalit nejen úroveň, ale také strukturu těchto schopností.

Přesné vymezení hodnot IQ je podle diagnostických zkušeností z poradenské praxe velice problematické, zvláště okolo hranic jednotlivých pásem oligofrenie. Hodnoty IQ mohou být za určitých okolností kolísavé, takže při opakovaných vyšetřeních lze získat i dosti odlišné výsledky.

Při posuzování dítěte se sleduje několik oblastí: zdravotní stav současný i v minulosti, tělesný vývoj dítěte, rozumové schopnosti, sluchová percepce, zraková percepce, pravolevá a prostorová orientace, kinestetické vnímání, hmat, motorika, grafomotorika, úroveň koncentrace, řeč, paměť, temperament, motivace, vnímání sebe samého, prožitky a zkušenosti, zájmy, sebepojetí, sebehodnocení, vrozené a zděděné vlastnosti emocionální.

Novým trendem speciální pedagogiky je tzv. **dekategorizace**. Dekategorizace znamená nezařazování jedinců s postižením do diagnostických kategorií, ale jak již bylo zmíněno, jejím cílem je najít přednosti jedince, se kterými je možné dále pracovat, rozvíjet je, a které slouží jako motivační prostředek.

[2, 11, 15]

2 Nejčastější výskyt syndromů spojených s mentální retardací

2.1 Downův syndrom

Downův syndrom čili Morbus Downi, v minulosti také označovaný jako „mongolismus“ (pojmenování vzniklo na základě určitých fyziognomických zvláštností), je jedním z nejrozšířenějších syndromů spojených s mentální retardací. Udává se, že jedinci s tímto syndromem tvoří přibližně 10 % všech postižených s mentální retardací.

Onemocnění poprvé popsal roku 1866 anglický pediatr John Down, odtud tedy označení Downova nemoc. Avšak zmínky v literatuře o takto postižených lidech pochází již z 15. století. Jedná se o chromozomální onemocnění, tzv. „trizomie 21. chromozomu“, kdy dochází k odchylce čili aberaci v počtu chromozomů. Zdravý člověk má dva 21. chromozómy, postižení tímto syndromem tři, a to má za následek vývoj s odchylnou strukturou v nervových i tělesných buňkách. Nositelem aberací bývá vajíčko (ženská pohlavní buňka). Četnost výskytu nadbytečného chromozomu se prudce zvyšuje po 30. roce věku matky. Ženám starším 45 let se takto postižené děti rodí v jednom z 25 případů.

„Hloubka mentálního postižení je různá, nejčastěji jde o lehkou a střední mentální retardaci, která nekoreluje s počtem tělesných znaků, je však do jisté míry ovlivňována výskytem nemocí a zdravotních komplikací. Mezi nimi jsou vrozené srdeční vady, žaludeční a střevní abnormality, nystagmus, vrozená katarakta, myopie, převodní nedoslýchavost až ztráta sluchu, poruchy štítné žlázy aj.“ (Černá, 2008, s. 90).

[1, 2]

2.1.1 Anatomické zvláštnosti lidí s Downův syndromem

Dítě s Downův syndromem má zpravidla menší hlavu ve srovnání s ostatními dětmi, zadní část je více zploštělá i obličej má poněkud ploché rysy. Jejich oči působí dojmem, že jsou šikmé, ale je to dáno tím, že mají oční víčka úzká a šikmá a zpravidla mají ve vnitřním koutku oka výraznou kolmou kožní řasu. Uši i ústa mívají menší. Některé děti mají pootevřená ústa a vyčnívající jazyk, což je způsobené tím, že jazyk je pro dutinu ústní relativně velký a dále přítomností svalové hypotonie, jež postihuje svalstvo úst,

včetně žvýkacích svalů. Mohou mít malé čelisti a chybné postavení zubů a jejich růst bývá opožděn. Dalším nápadným rysem je širší a mohutnější krk. Končetiny mívají obvyklý tvar, ale děti mívají menší tělesnou výšku vzhledem k věkovému průměru. Dlaně jsou lopatkovitého tvaru s krátkými prsty a „opičí“ rýhou napříč dlaně. Chodidla mají malá a silná, v důsledku nedostatečné pevnosti šlach trpí na ploché postavení nohou. Mohou mít zvětšené srdce vlivem vrozené srdeční vady. Dále se častěji u těchto dětí, oproti nepostiženým vrstevníkům, objevují smyslové vady, zejména zrakové a sluchové (50 % krátkozrakých, 20 % dalekozrakých, 60 % lehce až středně sluchově postižených).

[1, 2]

2.2 Rettův syndrom

Jedná se o neurodegenerativní onemocnění postihující téměř výhradně dívky. Poprvé byl syndrom popsán dr. Andreasem Rettem. Jde o pervazivní vývojovou poruchu s následným těžkým progresivním neurologickým postižením. Zpočátku se dítě vyvíjí zcela normálně (obvykle do šestého až osmnáctého měsíce života), pak nastane období stagnace nebo regrese, kdy dítě ztrácí schopnost řeči a vědomého užívání pohybů, dále přibudou stereotypní krouživé pohyby rukou, poruchy chůze a zpomaluje se růst hlavy. Mohou se přidružit epileptické záchvaty, potíže s dýcháním a další. Nejtěžší komplikací tohoto syndromu je apraxie, čili neschopnost ovládnout tělo a provádět tak motorické pohyby, včetně očních pohybů. Ztrácí schopnost mluvit; má nedostatečné žvýkací pohyby. Mentální úroveň je v pásmu těžké až hluboké retardace.

[22]

2.3 Syndrom kočičího křiku

Syndrom Cridu chat. Jedná se o chromozomální poruchu, kdy chromozomy jsou ve správném počtu, ale část pátého chromosomu chybí. Syndrom je nazván podle typického hlasového projevu, a tím je dětský pláč, křik připomínající mňoukání kočky. Tento zvuk je způsoben hypoplazií hlasivek a projevuje se zvláště v dětství, s pokračujícím věkem dítěte mizí. Objevují se vrozené vady, mikrocefalie, nízké

posazení uší, šikmé oči. Dále je přítomna mentální retardace v pásmu těžkém a hlubokém. Onemocnění postihuje obě pohlaví.

[1, 2]

2.4 Turnerův syndrom

Jedná se o vrozené onemocnění, postihující ženy, kdy chybí chromosom X (pohlavní chromosomy jsou tedy X0) a projevuje se v oblasti sexuální. Nedochází k rozvoji sekundárních pohlavních znaků, pohlavní orgány jsou zakrnělé, což má za následek neplodnost. Mezi další tělesné znaky patří nápadná kožní řasa na krku, miskovité nehty, nízká hranice vlasů aj. Dochází k poruchám růstu (bez léčení dorůstají ženy do výšky asi 146 cm, řeší se to aplikací růstového hormonu), porucha začne být nápadná ve 3-5 letech. Černá dále uvádí strabismus, dysfunkce hrubé i jemné motoriky, různé řečové poruchy, poruchy ledvinového a kardiovaskulárního systému atd. Mentální úroveň je ve většině případů v pásmu mírné retardace, spíše na hranici normálu.

[1, 2]

3 Kombinované vady vyskytující se spolu s mentální retardací

Odborná literatura nejčastěji uvádí označení vícenásobná postižení, kombinované postižení či kombinované vady, sdružené defekty, multihandicap aj. Jedinci s kombinovaným postižením představují nezanedbatelnou část populace a vyznačují se mimořádnou variabilitou příznaků a projevů. Nejčastěji jsou vázané na poškození mozku a CNS a pojí se s mentální retardací.

Do kombinovaných vad se řadí tělesné vady, smyslové vady, vady řeči, psychická onemocnění, vývojové poruchy učení a chování, autismus aj.

[2, 7]

3.1 Smyslové vady

Do smyslových vad patří postižení sluchové a zrakové. U jedinců s hlubokou a těžkou mentální retardací je porucha sluchového a zrakového vnímání velmi častá.

Sluchové postižení se vyznačuje omezením nebo úplným chyběním zvukových podnětů. Sluch má význam nejen při komunikaci, ale i sluchové orientaci v prostoru. Je významný pro zpětnovazebný proces a bez něho nelze tvořit srozumitelnou řeč.

Zraková postižení představují defekt ve zrakové soustavě a způsobují nulové nebo zhoršené vidění (slabozrakost, zbytky zraku, nevidomost). Poškození nebo ztráta zraku omezují nebo úplně znemožňují příjem informací. Zrakem získáváme 90 % všech informací v krátkém časovém horizontu – rozlišování tvarů, velikostí, barev, vzdáleností, určování směru, hloubky, orientace v prostoru, pohyb v prostoru, překážky, apod.

Specifickou skupinu tvoří duální senzorické postižení (kombinované postižení zraku a sluchu) – hluchoslepota. Jedná se o vážné postižení, neboť hluchoslepý člověk nemůže ztrátu jednoho smyslu kompenzovat smyslem druhým. Způsobuje vážné potíže při komunikaci, prostorové orientaci, při samostatném pohybu, přístupu k informacím, sebeobsluze a soběstačnosti, aj.

[2, 7]

3.2 Tělesná postižení

Jedinci s těžkým a hlubokým mentálním postižením mají výrazně sníženou schopnost aktivního pohybu. Švarcová uvádí, že jedinci s těžkou mentální retardací trpí značným stupněm poruchy motoriky a soběstačnosti. Většina jedinců z kategorie hluboká MR je dokonce imobilní či výrazně omezená v pohybu. Schopnost pohybu provází člověka prakticky po celý život. Pohyb je důležitý nejen pro lokomoci (chůze), ale i k držení těla a částí těla v určité poloze, k práci, dýchání, k získávání a přijímání potravy, ale i k vyprazdňování. Dále je úzce spjat s řečí, gestikulací a mimikou při komunikaci. Pohyb umožňuje vnímat vlastní tělo jako takové i ve vztahu k okolí. Základ rozvíjení pohybové schopnosti je založen již v časném nitroděložním období a je závislý na rozvoji nervové soustavy. Poruchy hybnosti mohou být způsobené např. poškozením mozku, míchy nebo periferního neuronu. Dále se mohou přidružovat rozličné poruchy citlivosti, bolestivé stavy, aj.

[2, 7, 17]

3.2.1 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (dále jen DMO) – perinatální encefalopatie – postižení nezralého mozku vede k opoždění psychomotorického vývoje, které později může dospět ke třem druhům poruch. Jsou to poruchy hybnosti, poruchy intelektu a epilepsie. Dalšími přidruženými příznaky DMO jsou mozečkové příznaky (ataxie, dyskoordinace pohybu a poruchy rovnováhy), poruchy vývoje řeči, poruchy citlivosti a dost často také poruchy zraku nebo sluchu.

Klasifikace DMO dle profesora Lesného:

- **Formy spastické**

- ✓ Forma diparetická: je nejčastější formou DMO, zahrnuje 1/3 všech postižených dětí. Ve více než 50% souvisí s předčasným porodem a nízkou porodní hmotností.

V klinickém obraze je přítomna spastická paraparesa (provázená i růstovou hypotrofií) dolních končetin s výrazně zvýšeným svalovým tonusem. Reflexy jsou na končetinách zvýšeny, ale mohou být těžko vybavitelné kvůli kontrakturám. Addukční kontraktura sevřených stehů je základním poznávacím rysem diuretické formy DMO.

- ✓ Forma hemiparetická: jde o postižení jedné poloviny těla podél svislé osy. Je druhou nejrozšířenější formou DMO.

Na dolní končetině je spastická extenční kontraktura v kolenním kloubu. Není zde addukce v kyčelních kloubech. Chůze bývá možná bez opory. Charakteristické je postavení horní končetiny. Je ve flexi v kloubu loketním, v pronaci předloktí, flexi v zápěstí a metacarpo-phalangeálních kloubech. Důležitá je tu addukční kontraktura palce. V naprosté většině případů je hybné postižení výraznější na horní končetině.

U dětí je častý výskyt epilepsie a poruch učení, přítomna může být i psychomotorická retardace.

- ✓ Forma kvadraparetická: jedná se o postižení všech čtyř končetin, ale do této skupiny se řadí i všechny triparezy, které nemají vlastní skupinu. Kvadraparetická forma je přítomna u 1/4 dětí s projevy DMO. Ve většině případů jde o formu diparetickou, u níž je motorická porucha rozšířena i na horní končetiny. Tato forma je také závažnější než diparetická, a to

nejen kvůli na první pohled patrnému rozsáhlejšímu postižení hybnosti, ale i daleko častějšímu postižení mentálního vývoje a častějšímu výskytu epileptických záchvatů.

- **Formy nespastické**

- ✓ Forma dyskneticko – ataktická: jsou relativně vzácné, tvoří asi 10 – 15% případů DMO, v etiologii se nejčastěji uplatňují perinatální faktory – asfyxie a hyperbilirubinemie. Patří sem chorobné stavy, kdy je normální klidová poloha, postavení hlavy, trupu a končetin nebo spontánní či vyprovokovaná motorika provázená abnormálními motorickými projevy.
- ✓ Forma hypotonická: je vlastně vývojovým syndromem, který se vyskytuje pouze v raném dětství a projevuje se výrazně sníženým svalovým tonem. Hypotonické děti jsou nápadně klidné a pohybově většinou chudé, někdy se mohou objevovat drobné nepotlačitelné pohyby.

[1, 9, 10]

4 Rehabilitační ošetřovatelství

Základní součástí rehabilitačního ošetřovatelství je ošetřování nemocných v rámci ošetřovatelského procesu u pacienta.

Rehabilitační ošetřovatelství zahrnuje tyto úkony rehabilitačního ošetřování:

- polohování
- pasivní a aktivní cvičení
- dechovou gymnastiku
- včasnou mobilizaci
- nácvik soběstačnosti

Hlavní cíle rehabilitačního ošetřovatelství v rámci multidisciplinárního přístupu spočívají v:

- prevenci vzniku trofických změn a kontraktur
- podpoře základních pohybových činností
- prevenci dekondice pacienta
- prevenci poklesu výkonnosti respiračního a oběhového systému

- prevenci vzniku dekubitů
- prevenci rozvoje některých onemocnění, např.: pneumonie, tromboembolické nemoci
- minimalizaci bolesti
- zlepšení svalové síly
- optimalizaci funkčního stavu
- zlepšení pocitu životní pohody
- zachování funkčních rezerv pacienta

U lidí s těžkým kombinovaným postižením je vzhledem k závažnosti tohoto onemocnění nezbytně nutné provádět jednotlivé prvky rehabilitačního ošetřovatelství. Samotná nečinnost způsobuje řadu negativních změn projevujících se na celkovém zdravotním stavu a vzniku imobilizačního syndromu. Nedostatečná rehabilitační péče se pak může projevit vznikem postižení:

- pohybového systému – např. flekční kontraktury, svalová atrofie, osteoporóza
- kardiovaskulárního systému – např. ortostatická hypotenze, tromboembolická nemoc
- respiračního systému – např. pneumonie, plicní atelektáza
- metabolického a trávicího systému – např. anorexie, malnutrice, obstipace, dehydratace
- vylučovacího systému – např. urolitiáza, uroinfekce, inkontinence
- kožního systému – např. dekubity
- nervového systému – psychické změny, deprese

V sociálních zařízeních, kde stále přebývá velké procento lidí s kombinovaným postižením je ORP většinou nedostatečná. Dle celostátního dotazníkového šetření VÚPSV je častou příčinou nedostatek, resp. vytížení personálu. Průměrný počet minut věnovaných ORP denně jednomu klientovi je v těchto zařízeních 8 minut. Z hlediska uchování (resp. zlepšení) zdravotního stavu klientů lze dle výzkumu počet 9 – 14 minut hodnotit jako minimální, případně nedostačující.

[11, 19, 23]

4.1 Hodnocení soběstačnosti

Součástí sesterských, fyzioterapeutických a ergoterapeutických intervencí je nácvik soběstačnosti v sebeobslužných úkonech a v aktivitách denního života. Soběstačnost je schopnost být nezávislý na pomoci druhé osoby v základních sebeobslužných činnostech.

[21]

4.1.1 Test Barthelové

Tento test je široce užíván ke stanovení disability jedinců se zdravotním problémem. Hodnotí 10 činností: přijímání potravy, koupání, osobní hygiena, oblékání, kontinence moče, kontinence stolice, užívání WC, přesuny, lokomoce a chůze po schodech. Každou z funkcí hodnotíme ve skocích po 5- ti bodech (0 = plná pomoc, 10 = plná nezávislost). Celkové rozpětí je 0 – 100 bodů. Maximální hodnota získaných bodů neznámá nutně plnou soběstačnost v aktivitách denního života, neboť nezaznamenává některé širší funkce (např. přípravu jídla, domácí práce), neměří psychické funkce a sociální adaptabilitu. Při činnostech není ve skórování citlivě odlišena potřeba minimální od maximální asistence.

[17, 19, 21]

4.1.2 Test funkční nezávislosti – FIM

Je mezinárodně akceptovaná metoda, která se začala používat ve vyspělých evropských státech od roku 1987.

Měřením funkční nezávislosti získáváme údaje o každodenních činnostech testovaného. Míra FIM vychází z Barthelova testu. Cílem není obsahovat všechny činnosti, které by se daly vyhodnotit. FIM je mírou, která hodnotí fyzickou a kognitivní disabilitu, ne poškození.

Hodnotí 18 činností v 6 kategoriích: (osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace asociální aspekty. Každou z funkcí hodnotíme 7- mi stupňovou bodovou škálou. Sedmibodová škála hodnocení má v porovnání s jinými testy schopnost detekce i menších funkčních změn.

[17, 19, 21]

4.2 Polohování

Při déletrvajícím ležení nebo setrvání v jedné poloze dochází ke „ztrátě pocitu vlastních tělesných hranic“, zejména u lidí dezorientovaných nebo ležících na velmi měkkých antidekubitních matracích. „*Vnímání tělesného obrazu se mění a vede k poruchám na vlastním těle i okolí a také k těžkým krizím vlastní identity*“ (Friedlová, 2007, s. 91). Již změna polohy poskytne různé stimuly, které pomáhají při znovunabytí senzorické funkce. Prostřednictvím polohování lze postiženému jedinci umožnit získat informace o svém těle a výrazně stabilizovat vnímání tělesného schématu. Polohování poskytuje nejen somatickou, ale i vestibulární stimulaci (stimuluje vestibulární aparát) a dochází též k ovlivnění zrakové stimulace (rozdílné sledování okolí vleže, vsedě apod.). Při polohování je nutné dbát na to, jak se dotyčný cítí, je-li mu to příjemné (poskytnout mu určitý komfort). Indikace ke změně polohy nebo ukončení polohování je bolest. Správné polohování pomáhá:

- předcházet muskulárně skeletálním deformitám,
- předcházet dekubitům (proleženinám),
- předcházet problémům s oběhem (krevním a lymfatickým),
- posílat do mozku impulzy a povely apod.
- ovlivňovat dechové funkce

Nesprávné polohování vede ke ztuhlosti, omezenému rozsahu pohybu a svalovým retrakcím. Některé polohy mohou zvyšovat svalový tonus, zatímco jiné jej mohou snižovat či ovlivňovat vznik spastického vzorce. K zafixování zvolené polohy se využívají různé pomůcky - např. srolované deky, prostěradla, ručníky, polštáře, fixační perličkové polštáře nebo vaky, u menších dětí měkké hračky apod. Změna polohy by se měla provádět v průběhu celého dne (přibližně po čtyřiceti minutách nebo podle subjektivních pocitů daného jedince).

[3, 20]

4.3 Bazální stimulace

Autorem konceptu bazální stimulace je speciální pedagog Prof. Dr. Andreas Fröhlich, který pracoval s dětmi s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými poruchami. Z důvodu hluboké mentální retardace s nimi nebylo možno

navázat verbální komunikaci, a proto se zabýval podporou **senzomotorické komunikace**, pracující na bázi schopnosti lidského těla vnímat a přijímat signály a reagovat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání.

„Zdravotní sestra Prof. Ch. Bienstein přenesla koncept bazální stimulace i do ošetrovatelské péče. Aplikací konceptu do ošetrovatelské péče u klientů ve vigilním (apalickém) kómatu prokázala úspěšnost tohoto komunikačního a vývoj podporujícího konceptu také v oblasti ošetrovatelské péče v intenzivní medicíně“ (Friedlová, 2007, s. 13).

Friedlová dále uvádí, že bazální stimulace patří k uznávaným a aplikovaným konceptům v zemích Evropské unie, jak v oblasti speciální pedagogiky, tak v ošetrovatelství. Koncept je určen pro jedince tělesně nebo duševně postižené, pro mentálně postižené, taktéž pro obyvatele domovů důchodců, pacientů v nemocnicích, ale i pro nedonošené děti a jedince ve stavu vigilního kómatu.

Bazální komunikace je tedy koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině **lidské vnímání**. Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení. Cílenou stimulací „uložených“ vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost, a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost jedinců. Lidský mozek má schopnost **plasticity** (schopnost přizpůsobit se nejrůznějším vlivům) a proto mohou poškozené struktury znovu nabýt své funkce, ev. jiné oblasti mozku mohou převzít jejich funkci. Při bazální stimulaci se nabízejí podněty a pohyby k navázání komunikace s lidmi se změněným vnímáním a komunikací.

Podle Friedlové je cílem dojít ke stimulaci vlastního těla (aby ošetrovaný vnímal hranice svého těla), k podpoře rozvoje vlastní identity (aby mohl prožívat a mít prožitky), k umožnění vnímání okolního světa, k vnímání přítomnosti jiného člověka, k navázání komunikace se svým okolím, ke zvládnutí orientace v prostoru a čase, k zlepšení funkcí organismu.

[3]

5 Ústavní péče

Klasifikace ústavů sociální péče dle vyhlášky č. 182/1991 Sb.

Klasifikace z hlediska věku:

1. Ústavy pro tělesně postižnou mládež s přidruženým mentálním postižením
2. Ústavy pro mentálně postiženou mládež

3. Ústavy pro mentálně postižené dospělé občany
4. Ústavy pro tělesně postižené dospělé s přidruženým mentálním postižením

Současným trendem je, aby děti a mládež zůstaly ve svém zařízení i po překročení hranice 26-ti let. Tímto se zamezí často emočně krutému přesunu z místa, které jim léta nahrazovalo rodinu. Do ústavu pro mentálně postižené se často přijímají lidé s mentálním postižením, kteří mají zároveň závažné tělesné postižení či smyslovou vadu.

Ústavy pro dospělé občany s přidruženým mentálním postižením jsou určeny pro občany, kteří ukončili povinnou školní docházku a vedle vady tělesné mají lehké mentální postižení.

[24]

5.1 Historie ústavní péče

Ústavní péče měla pro osoby s mentální retardací v průběhu vývoje společnosti různé podoby. Vývoj byl ovlivněn zejména náboženstvím, politikou, kulturou a ekonomickou vyspělostí dané společnosti. V prvobytně pospolné společnosti žádná forma institucionální péče neexistovala. První institucí se stal chrám, který plnil funkci léčebnou i trestní.

V období středověku se mentálně postižení uchýlovali do klášterů, kde byly zřizovány hospitály, což byla nemocniční zařízení, ve kterých byla péče sociálně-charitativní. Pohled na mentálně postižené se nezměnil ani v období renesance, kde byla snaha o výklad duševních chorob pomocí vědy, zejména lékařské a filozofické.

Vznik velkých špitálů a internačních budov, církevních, veřejně- podpůrných a trestných institucí, charit a dobročinných institucí přináší osvícenství. Tyto zařízení neplní funkci lékařskou, ale vězeňskou. Společnost prezentuje postižení jako skandál. Koncem 17. a počátkem 18. století začínají být duševně nemocní vylučováni ze společnosti a společně s mentálně postiženými, kriminálními osobami a chudými jsou drženi ve velkých ústavech. V těchto zařízeních jsou tyto osoby internovány společností nového typu, kterou začínají ohrožovat tím, že nedbají základního příkazu pracovat.

V průběhu 19. století dochází ke změně názorů na handicapované jedince. Dochází ke specializaci ústavních zařízení, která se rozdělují na nemocnice, léčebny, trestnice,

polepšovny a starobince. Nový pohled na mentální retardaci dává vznik organizované péči-ústavů pro mentálně postižené, které vznikají ve Francii, Rakousku, Velké Británii a Čechách. Vedle ošetrovatelské péče zde zaujímají své postavení i výchovné a vzdělávací činnosti.

V Čechách je postupně vybudována celá řada ústavů sociální péče. Často byly využity prostory v opuštěných zámeckých objektech a budovy mimo veřejnost. Péče v zařízeních byla převážně zdravotní a sociální. O svěřence se starali řádové a zdravotní sestry, lékaři a instruktoři pracovní činnosti. Do ústavů sociální péče byly umísťovány osoby s různým stupněm mentální retardace. Tito lidé byli hromadně zbavováni způsobilosti k právním úkonům a osvobozováni od povinné školní docházky. Výchovně-vzdělávací činnosti se realizovaly pouze v ústavním prostředí. Tímto způsobem byli postižení vyčleňováni z běžného života.

[7, 12, 13]

5.2 Současná ústavní péče

Ústavní péče je jednou ze základních forem sociálních služeb. Jejím posláním je pomoc rodinám s výchovou a péčí o děti, mládež a dospělé s mentální retardací. V některých případech supluje rodinu a rodinné prostředí.

„Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě“. (Švarcová 2000, s. 138).

V současné době existuje široká nabídka ústavů sociální péče, to znamená, že rodiče si mohou vybírat zařízení z hlediska kvality, ale i místa poskytování služeb. Během posledních let došlo k rozvoji ústavní péče. To se odráží na kvalitě bydlení, služeb, materiálního a technického vybavení ústavů, na vedení práce s klienty. V souvislosti s rozvojem ústavní péče se hovoří o integraci, normalizaci a humanizaci.

Integrace – znamená překonání nepřirozeného oddělení lidí s mentální retardací od světa lidí nepostižených. Jde o program začlenění jedince mezi zdravou populaci.

Normalizace – vystihuje skutečnost, že i postižení lidé mohou žít běžným životem jako jejich nepostižení vrstevníci. Každý člověk má právo na kvalitní, smysluplný rozvoj.

Humanizace – znamená brát postižené občany jako rovnocenné partnery. Pomáhat jim zvládat důsledky jejich handicapu.

Posláním a cílem současných ústavů sociální péče, je zajištění kvalitní komplexní péče o klienty z hlediska jejich individuálních schopností, dovedností, potřeb a zájmů. Vytvoření a zajištění optimálních podmínek pro zařazení klientů do běžného života ve společnosti.

[7, 12, 13]

III. Výzkumná část

6 Metodika práce

V praktické části jsem zjišťovala úroveň ORP u osob s těžkým kombinovaným postižením v sociálních zařízeních a vliv ORP na soběstačnost klienta. Snažila jsem se prozkoumat možné problémy, provádějící vykonávání ORP a zjistit nejčastější projevy nedostatečné ORP. Zároveň jsem se snažila zjistit a vyhodnotit pomocí testu soběstačnosti dle Barthelové dotazníku FIM (Functional Independence Measure) pozitivní vliv ORP na soběstačnost klienta.

6.1 Použitá metoda výzkumu

Pro zpracování výzkumné části jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu formou anonymních dotazníků. Dotazník obsahuje soustavu otázek, které slouží k získání potřebných dat. Výzkum je doplněn o analýzu - vyhodnocení aktuálního stavu klienta v oblasti soběstačnosti, dle testu Barthelové a dotazníku FIM, před a po sledovacím období. Hodnocení proběhlo ve spolupráci s klíčovým pracovníkem a fyzioterapeutem. Dotazníky byly zpracovány v tištěné formě (viz příloha 7) a rozesílány poštou do vybraných zařízení v ústeckém kraji.

V dotazníku byly použity otevřené a uzavřené položky (viz tab. 1).

Otevřené položky nenabízejí žádné varianty odpovědí a je zcela na respondentovi, jaká bude jeho odpověď. Uzavřené položky nabízejí několik variant předem formulovaných odpovědí, z nichž respondent vybere vhodnou odpověď.

Tab. 1 Položky otevřené a uzavřené

OTEVŘENÉ POLOŽKY	UZAVŘENÉ POLOŽKY
1, 2b, 7b, 11, 15, 19	2a, 3, 4, 5, 6, 7a, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18

Dotazník je složen z 5 úvodních statistických položek a z 19 položek samotného výzkumu. Jedná se o položky zkušenostní, ne znalostní. Otázky č. 5, 6, 14 jsou hlavními otázkami hypotéz. Jedná se v nich o subjektivní údaj o zkušenostech. Rozdělení položek podle typu a počtu odpovědí popisuje tab. 2.

Tab. 2 Rozdělení položek podle typu a počtu odpovědí

1 ODPOVĚĎ	VÍCE ODPOVĚDÍ	VOLNÉ ODPOVĚDI
2a, 5, 7a, 10, 16, 17, 18	3, 4, 6, 8, 9, 12, 13, 14	1, 2b, 7b, 11, 15, 19

Dotazník byl vypracován a následně i schválen za odborného dohledu vedoucí bakalářské práce Mgr. Petry Brédové. V úvodu dotazníku je respondentkám objasněno téma dotazníku, cíl výzkumu, záměr výzkumného šetření a informace o anonymitě dotazníku. Položky byly zvoleny tak, aby byly srozumitelné a co nejvíce odpovídaly záměru výzkumu této bakalářské práce. V rámci předvýzkumu – pilotní verze byli požití 4 probandi. Žádné nesrovnalosti nenastaly, dotazník byl distribuován. Celkem bylo rozdáno 317 dotazníků, navraceno 146, návratnost je 46 %.

6.2 Výběr respondentů

Respondenti byli zařazeni dle záměrného výběru. Tvořili ho pracovníci v sociálních službách a všeobecné sestry v přímé péči v IC Horní Poustevna, Domov Brtníky, ÚSP Jiříkov, DSS Litvínov, DSS Kadaň, ÚSP Háj. Do druhé části práce pro analýzu byli vybráni klienti po dohodě s vedoucími zařízení ve stacionáři Dar v Praze a v chráněném bydlení Pastelky ve Vilémově u Šluknova.

6.3 Organizace výzkumu

Pro vypracování dotazníku proběhly opakované konzultace a následné schválení vedoucí bakalářské práce. Dotazníky byly po telefonické dohodě s vedoucími sociálních zařízení rozeslány. Pro vyhodnocení a zpracování dat jsem využila programu MS Excel, MS Word. Pro každou položku jsem sestavila tabulku a u vybraných otázek jsme pro znázornění vytvořila i graf. Pro analýzu dat jsem použila čárkovací metodu.

7 Výsledky výzkumu a jeho analýza

STATISTICKÉ POLOŽKY:

Položka: Pohlaví: žena x muž

Pro zpracování statistických dat jsem použila tabulku četností dle jednostupňového třídění.

n_i = absolutní četnost

f_i = relativní četnost

n = výběrový soubor

Tab. 3 Rozdělení respondentů dle pohlaví

	Muži		Ženy	
	n_i	f_i	n_i	f_i
ÚSP HAJ	0	0,00%	15	10,27%
DSS LITVÍNOV	0	0,00%	29	19,86%
DSS KADAŇ	0	0,00%	31	21,23%
DOMOV BRTNÍKY	0	0,00%	15	10,27%
ÚSP JIŘÍKOV	0	0,00%	20	13,70%
IC H. POUSTEVNA	0	0,00%	36	24,66%
Σ	0	0,00%	146	100,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Všech 146 respondentů tj. 100 % zaznamenalo odpověď „žena“. Zkoumaný vzorek je zastoupen pouze zástupci ženského pohlaví.

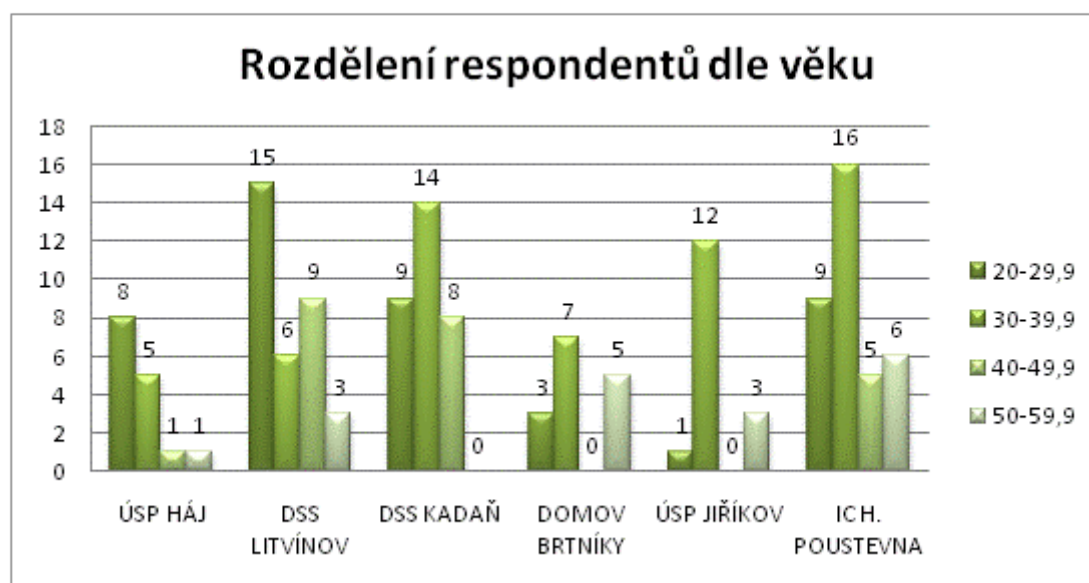
Položka: Věk

Do tabulky intervalového rozpětí četností jsem zvolila:

1. variační rozpětí $R = x_{\max} - x_{\min}$
2. počet intervalů $k = \sqrt{n}$
3. šíři intervalů $r = R/k$

Tab. 4 Rozdělení respondentů dle věku

Věk respondentů	20-29,9		30-39,9		40-49,9		50-59,9	
	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi
ÚSP HÁJ	8	17,78%	5	8,33%	1	4,35%	1	5,56%
DSS LITVÍNOV	15	33,33%	6	10,00%	9	39,13%	3	16,67%
DSS KADAŇ	9	20,00%	14	23,33%	8	34,78%	0	0,00%
DOMOV BRTNÍKY	3	6,67%	7	11,67%	0	0,00%	5	27,78%
ÚSP JIŘÍKOV	1	2,22%	12	20,00%	0	0,00%	3	16,67%
IC H. POUSTEVNA	9	20,00%	16	26,67%	5	21,74%	6	33,33%
Σ	45	100,00%	60	100,00%	23	100,00%	18	100,00%



Graf 1. Grafické znázornění rozdělení respondentů dle věku

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Nejpočetnější skupinu 30 – 39,9 let zastupuje 60 respondentů, 20 – 29,9 let 45 respondentů, 40 – 49,9 let 23 respondentů, 50 – 59,9 let 18 respondentů.

Položka: Název zařízení, ve kterém pracujete

Tab. 5 Rozdělní respondentů dle zařízení

Sociální zařízení	n _i	f _i
ÚSP HÁJ	15	10,27%
DSS LITVÍNOV	29	19,86%
DSS KADAŇ	31	21,24%
DOMOV BRTNÍKY	15	10,27%
ÚSP JIŘÍKOV	20	13,70%
IC H. POUSTEVNA	36	24,66%
Σ	146	100,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Největší zastoupení měly respondenty z IC H. Poustevna 36, tj. 24,66 %, DSS Kadaň zastupovalo 31 respondentů tj. 21,24 %, DSS Litvínov 29 respondentů tj. 19,86 %, ÚSP Jířikov 20 respondentů tj. 13,70 %, Domov Brtníky 15 respondentů tj. 10,27 %, ÚSP Háj také 15 respondentů tj. 10,27 %.

Položka: Dosažené vzdělání

Tab. 6 Rozdělení respondentů dle dosaženého vzdělání

Vzdělání	Střední odborné		Úplné střední všeobecné		Úplné střední odborné		VOŠ	
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i
ÚSP HÁJ	4	13,79%	1	33,33%	10	8,77%	0	0,00%
DSS LITVÍNOV	7	24,14%	0	0,00%	22	19,30%	0	0,00%
DSS KADAŇ	2	6,90%	0	0,00%	29	25,44%	0	0,00%
DOMOV BRTNÍKY	6	20,69%	0	0,00%	9	7,89%	0	0,00%
ÚSP JIŘÍKOV	5	17,24%	0	0,00%	15	13,16%	0	0,00%
IC H. POUSTEVNA	5	17,24%	2	66,67%	29	25,44%	0	0,00%
Σ	29	100,00%	3	100,00%	114	100,00%	0	0,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí má 114 respondentů úplné střední odborné vzdělání, 29 respondentů má střední odborné, 3 respondenti mají úplné střední všeobecné vzdělání.

Položka: Pracovní pozice

Tab. 7 Rozdělení respondentů dle pracovní pozice

Sociální zařízení	Pracovníci v soc. službách		Všeobecná sestra	
	ni	fi	ni	fi
ÚSP HÁJ	12	13,95%	6	10,00%
DSS LITVÍNOV	10	11,63%	5	8,33%
DSS KADAŇ	8	9,30%	23	38,33%
DOMOV BRTNÍKY	15	17,44%	6	10,00%
ÚSP JIŘÍKOV	16	18,60%	10	16,67%
IC H. POUSTEVNA	25	29,07%	10	16,67%
Σ	86	100,00%	60	100,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Pracovníky v sociálních službách zastupují 86 respondentů, všeobecné sestry zastupuje 60 respondentů.

POLOŽKY DOTAZNÍKU:

Otázka č. 1

Otázka: Uveďte prosím počet klientů, o které se během své služby staráte.

Tab. 8 Počet klientů

počet klientů	ni	fi
5	40	27,40%
6	56	38,36%
8	18	12,32%
9	9	6,16%
10	15	10,28%
11	4	2,74%
15	4	2,74%
Σ	146	100,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 56 respondentů tj. 38,36 % se stará o 6 klientů, 40 respondentů tj. 27,40 % se stará o 5 klientů, 18 respondentů tj. 12,32 % se stará o 8 klientů, 15 respondentů tj. 10,28 % se stará o 10 klientů, 9 respondentů tj. 6,16 % se stará o 9 klientů, 4

respondenti tj. 2,74 % se starají o 11 klientů a 4 respondenti tj. 2,74 % se starají o 15 klientů.

Otázka č. 2

Otázka: a) Je podle Vašeho názoru tento počet vyhovující?

b) Uveďte podle Vás ideální počet klientů.

Odpověď: a) ano x ne

b) volná odpověď

Tab. 9a Vyhovující počet klientů

vyjádření všech respondentů	n _i	f _i
ano	58	39,73%
ne	88	60,27%
Σ	146	100,00%

Tab. 9b Ideální počet klientů

Počet klientů	n _i	f _i
4	50	56,82%
6	26	29,54%
8	6	6,82%
10	6	6,82%
Σ	146	100,00%

Hodnocení položky:

- Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 58 respondentů tj. 39,73 % odpovědělo „ano“, 88 respondentů tj. 60,27 % odpovědělo „ne“.
- Z celkového počtu 88 záporných odpovědí 50 respondentů tj. 56,82 % uvedlo ideální počet 4 klienti, 26 respondentů tj. 29,54 % uvedlo 6 klientů, 6 respondentů tj. 6,82 % uvedlo 8 klientů, 6 respondentů tj. 6,82 % uvedlo 10 klientů.

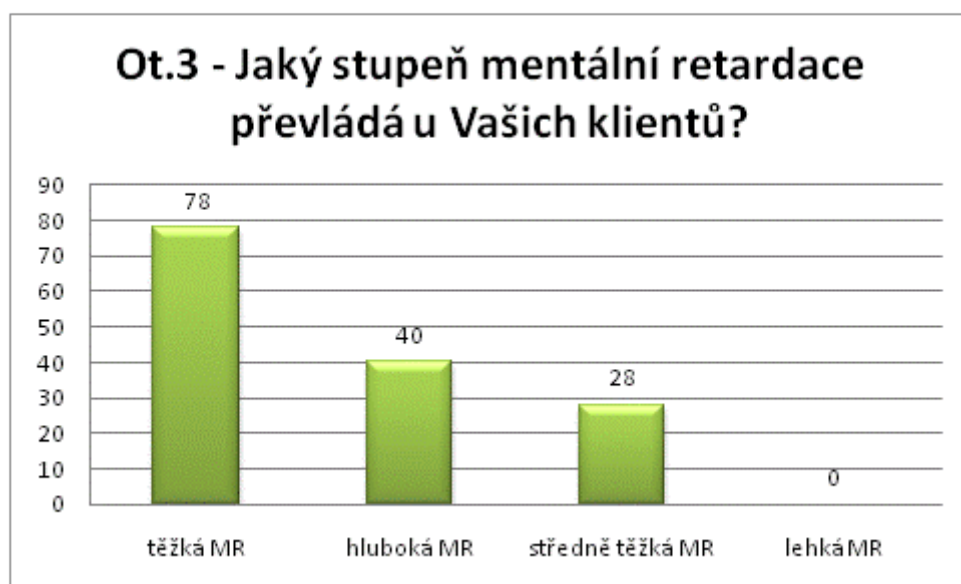
Otázka č. 3

Otázka: Jaký stupeň mentální retardace převládá u Vašich klientů?

Odpověď: a) lehká mentální retardace, b) středně těžká mentální retardace, c) těžká mentální retardace, d) hluboká mentální retardace.

Tab. 10 Rozdělení klientů dle stupně mentální retardace

stupeň postižení	ni	% podíl
těžká MR	78	53,42%
hluboká MR	40	27,40%
středně těžká MR	28	19,18%
lehká MR	0	0,00%
Σ	146	100,00%



Obr. 2 Grafické znázornění rozdělení klientů dle stupně mentální retardace

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 78 respondentů tj. 53,42 % uvedlo těžkou mentální retardaci, 40 respondentů tj. 27,40 % uvedlo hlubokou mentální retardaci, 28 respondentů tj. 19,18 % uvedlo středně těžkou mentální retardaci.

Otázka č. 4

Otázka: Jaké kombinované vady se spolu vyskytují u Vašich klientů?

Odpověď: a) smyslové vady, b) tělesná postižení, c) Dětská mozková obrna, d) žádné

Tab. 11 Rozdělení klientů dle vyskytujících se kombinovaných vad

kombinované vady	ni	% podíl
smyslové vady	146	100,00%
tělesné postižení	130	89,04%
Dětská mozková obrna	99	67,81%
žádné	0	0,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 146 respondentů tj. 100 % uvedlo smyslové vady, 130 respondentů tj. 89,04 % uvedlo tělesné postižení, 99 respondentů tj. 67,81 % uvedlo Dětskou mozkovou obrnu.

Otázka č. 5

Otázka: Domníváte se, že ošetrovatelská rehabilitační péče (dále jen ORP) je na Vašem pracovišti dostatečná?

Odpověď: ano x ne

Tab. 12 Hodnocení dostatečnosti ORP

	ni	fi
dostačující	56	38,36%
nedostačující	90	61,64%
Σ	146	100,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 56 respondentů tj. 38,36 % uvedlo ORP jako dostačující, 90 respondentů tj. 61,64 % uvedlo ORP jako nedostačující.

Otázka č. 6

Otázka: Pokud ne, v čem vidíte problém ve vykonávání ORP?

Odpověď: a) v nedostatku personálu, B) v nezajištění podmínek pro vykonání ORP, C) v interpersonálních problémech, d) v nedostatku znalostí, e) v nezájmu ze strany klientů, f) jiný.

Tab. 13 Příčiny nedostatečné ORP

příčiny nedostatečné ORP	ni	% podíl
nedostatek personálu	90	100,00%
nezájem ze strany klientů	18	20,00%
nedostatek znalostí	15	16,67%
nezajištění podmínek pro vykonávání ORP	0	0,00%
interpersonální problémy	0	0,00%
jiné	0	0,00%

Hodnocení položky:

Z celkového počtu 90 odpovědí (vycházíme z předešlé otázky) 90 respondentů tj. 100 % uvedlo příčinu v nedostatku personálu, 18 respondentů tj. 20 % uvedlo jako další příčinu nezájem ze strany klientů, 15 respondentů tj. 16,67 % uvedlo jako další příčinu nedostatek znalostí.

Otázka č. 7

Otázka: a) Máte dostatek času věnovat se ORP?

b) Kolik času Vám zabere OPR u jednoho klienta během 1 směny?

Odpověď: a) ano x ne; b) čas v minutách

Tab. 14 a) Máte dostatek času věnovat se ORP?

	ni	fi
ano	30	20,55%
ne	116	79,45%
Celkem	146	100,00%

b) Délka času věnovaný ORP 1 klientovi během 1 směny

délka věnování se ORP v minutách	ni	fi
15 min.	35	23,97%
20min	45	30,82%
30 min.	62	42,47%
40 min	4	2,74%
Celkem	146	100,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 30 respondentů tj. 20,55 % odpovědělo „ano“, 116 respondentů tj. 79,45 % odpovědělo „ne“.

Z celkového počtu 146 odpovědí 62 respondentů tj. 42,47 % uvedlo 30 minut, 45 respondentů tj. 30,82 % uvedlo 20 minut, 35 respondentů tj. 23,97 % uvedlo 15 minut, 4 respondenti tj. 2,74 % uvedlo 40 minut.

Otázka č. 8

Otázka: Jak získáváte odborné informace k vykonávání ORP?

Odpověď: a) od fyzioterapeutů, b) z literatury, c) z odborných kurzů, d)jinak

Tab. 15 Získávání odborných informací k vykonávání ORP

získávání informací	ni	% podíl
z odborných kurzů	130	89,04%
z literatury	112	76,71%
od fyzioterapeutů	45	30,82%
jinak	25	17,12%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 130 respondentů tj. 89,04 % získává informace z odborných kurzů, 112 respondentů tj. 76,71 % z literatury, 45 respondentů tj. 30,82 % od fyzioterapeutů, 25 respondentů tj. 17,12 % uvedlo jiným způsobem, a to od svých spolupracovníků.

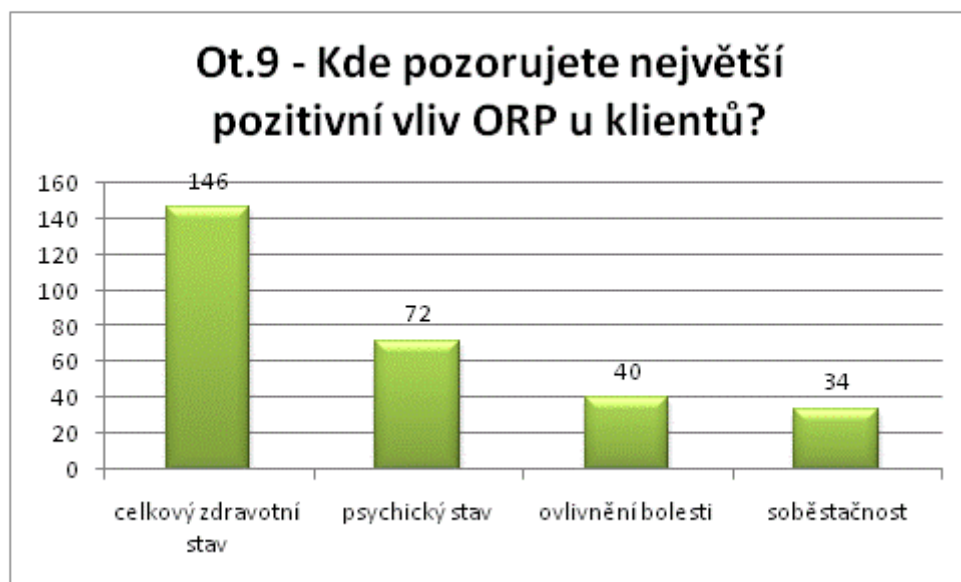
Otázka č. 9

Otázka: Kde pozorujete největší pozitivní vliv ORP u klientů (seřad'te prosím od 1-4)

Odpověď: a) na celkovém zdravotním stavu, b) na psychickém stavu, c) na soběstačnosti, d)na ovlivnění bolesti

Tab. 16 Největší pozitivní vliv ORP

pozitivní vliv ORP	ni	umístění
celkový zdravotní stav	146	1
psychický stav	72	2
ovlivnění bolesti	40	3
soběstačnost	34	4



Obr. 3 Grafické znázornění pozitivního vlivu ORP

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí bylo seřazeno pořadí. Umístění značí pohled dle priorit ošetrovatelského personálu. 146 respondentů uvedlo největší pozitivní vliv ORP u klientů na celkovém zdravotním stavu, 72 respondentů uvedlo psychický stav, 40 respondentů uvedlo ovlivnění bolesti, 34 respondentů uvedlo soběstačnost.

Otázka č. 10

Otázka: Jak často polohujete motoricky pasivního klienta?

Odpověď: a) ā 2 hodiny, b) ā 4-6 hodin, c) 2x denně, d) nepolohujete

Tab. 17 Délka polohování motoricky pasivního klienta

délka polohování	ni	% podíl
ã 2 hodiny	146	100,00%
ã 4-6 hodin	0	0,00%
2x denně	0	0,00%
nepolohujete	0	0,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 146 respondentů tj. 100 % uvedlo ã 2 hodiny.

Otázka č. 11

Otázka: Jaké pomůcky používáte k polohování?

Tab. 18 Pomůcky používané k polohování

pomůcky k polohování	ni	% podíl
polohovací pytle	146	100,00%
polohovací klíny	110	75,34%
polohovací válce	86	58,90%
polohovací podložky	78	53,42%
polohovací panel	36	24,66%
antidekubitní podložky	20	13,70%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 146 respondentů tj. 100 % uvedlo používání polohovacích pytlů, 110 respondentů tj. 75,34 % uvedlo polohovací klíny, 86 respondentů tj. 58,90 % uvedlo polohovací válce, 78 respondentů tj. 53,42 % polohovací podložky, 36 respondentů tj. 24,66 % uvedlo polohovací panel, 20 respondentů tj. 13,70 % uvedlo antidekubitní podložky.

Otázka č. 12

Otázka: Uveďte nejčastěji používané ošetrovatelské a rehabilitační výkony, které vykonáváte (cca 5-10 příkladů)

Tab. 19 Nejčastěji používané ošetrovatelské výkony

ošetrovatelské výkony	n	% podíl
hygiena	146	100,00%
péče o pokožku	146	100,00%
polohování	146	100,00%
pitný režim	146	100,00%
krmení	146	100,00%
péče o lůžko a pokoj	146	100,00%
příprava stravy	138	94,52%
prevence a ošetření dekubitů	36	24,66%
podávání léků p. o.	7	4,79%
měření fyziologických funkcí	7	4,79%
asistence lékařům	7	4,79%
krmení sondou	1	0,68%
péče o PEG sondu	1	0,68%
péče ránu	0	0,00%
ošetření kožních lézí	0	0,00%
aplikace léčebné terapie	0	0,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících.

Položka ošetrovatelské výkony: z celkového počtu 146 odpovědí 146 respondentů tj. 100 % označilo vykonávání hygieny, péče o pokožku, polohování, krmení, péče o lůžko a pokoj, 138 respondentů tj. 94,52 % označilo přípravu stravy, 36 respondentů tj. 24,66 % označilo prevenci a ošetření dekubitů, 7 respondentů tj. 4,79 % označilo podávání léků p. o., měření fyziologických funkcí, asistenci lékařům, 1 respondent tj. 0,68 % označil krmení sondou a péči o PEG sondu.



Obr. 4 Grafické znázornění nejčastěji používaných ošetrovatelských výkonů

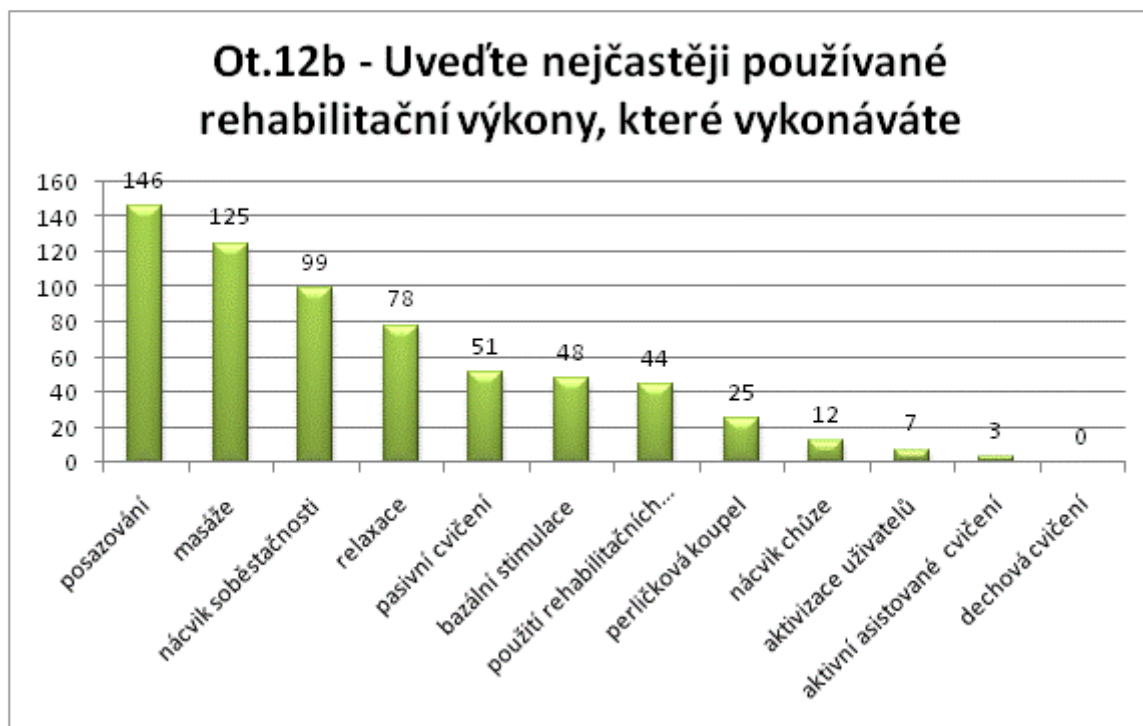
Tab. 20 Nejčastěji používané rehabilitační výkony

rehabilitační výkony	ni	% podíl
posazování	146	100,00%
masáže	125	85,62%
nácvik soběstačnosti	99	67,81%
relaxace	78	53,42%
pasivní cvičení	51	34,93%
bazální stimulace	48	32,87%
použití rehabilitačních přístrojů	44	30,14%
perličková koupel	25	17,12%
nácvik chůze	12	8,22%
aktivizace uživatelů	7	4,79%
aktivní asistované cvičení	3	2,05%
dechová cvičení	0	0,00%

Hodnocení položky:

Položka rehabilitační výkony: z celkového počtu 146 odpovědí 146 respondentů tj. 100 % uvedlo posazování, 125 respondentů tj. 85,62 % uvedlo masáže, 99 respondentů tj. 67,81 % uvedlo nácvik soběstačnosti, 78 respondentů tj. 53,42 % uvedlo relaxaci, 51 respondentů tj. 34,93 % uvedlo pasivní cvičení, 48 respondentů tj. 32,87 % uvedlo bazální stimulaci, 44 respondentů tj. 30,14 % uvedlo použití rehabilitačních přístrojů, 25 respondentů tj. 17,12 % uvedlo perličkovou koupel, 12 respondentů

tj. 8,22 % uvedlo nácvik chůze, 7 respondentů tj. 4,79 % uvedlo aktivizaci uživatelů, 3 respondenti tj. 2,05 % uvedli aktivní asistované cvičení.



Obr. 5 Grafické znázornění nejčastěji používaných rehabilitačních výkonů

Otázka č. 13

Otázka: Jaké prvky ORP z uvedených možností považujete za nejdůležitější (seřad'te prosím 1-4)

Odpověď: a) polohování, b) pasivní a aktivní cvičení, c) dechová rehabilitace, d) nácvik soběstačnosti

Tab. 21 Nejdůležitější prvky ORP

nejdůležitější prvky ORP	n _i	pořadí
polohování	146	1.
pasivní a aktivní cvičení	88	2.
nácvik soběstačnosti	32	3.
dechová rehabilitace	26	4.



Obr. 6 Grafické znázornění nejdůležitějších prvků ORP

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí sestaveno pořadí. Umístění značí pohled dle priorit ošetrovatelského personálu. 146 respondentů uvedlo jako nejdůležitější polohování, 88 respondentů uvedlo pasivní a aktivní cvičení, 32 respondentů uvedlo nácvik soběstačnosti, 26 respondentů uvedlo dechovou rehabilitaci.

Otázka č. 14

Otázka: Jak se nejčastěji projevuje u Vašich klientů nedostatek ORP.

Odpověď: a) tvorbou dekubitů, b) zhoršeným průběhem chorobným a úrazových stavů, c) menší soběstačností či nesoběstačností, d) snížením fyzické kondice, e) zhoršením duševního stavu, f) svalovým postižením, kontrakturami, g) bolestí, h) vznikem komplikací: trombóza, bronchopneumonie, obstrukce

Tab. 22 Nejčastější projevy u klientů při nedostatku ORP

projevy nedostatku ORP	ni	% podíl
zhoršením duševního stavu	100	68,49%
zhoršeným průběhem chorobných a úrazových stavů	68	46,57%
snížením fyzické kondice	53	36,30%
svalovým postižením, kontrakturami	45	30,82%
bolestí	38	26,02%
menší soběstačnosti či nesoběstačnosti	30	20,55%
tvorba dekubitů	25	17,12%
vznikem komplikací: trombóza, bronchopneumonie, obstipace	0	0,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 100 respondentů tj. 68,49 % uvedlo zhoršením duševního stavu, 68 respondentů tj. 46,57 % uvedlo zhoršeným průběhem chorobných a úrazových stavů, 53 respondentů tj. 36,30 % uvedlo snížení fyzické kondice, 45 respondentů tj. 30,82 % uvedlo svalové postižení, kontraktury, 38 respondentů tj. 26,02 % uvedlo bolesti, 30 respondentů tj. 20,55 % uvedlo menší soběstačnost či nesoběstačnost, 25 respondentů tj. 17,12 % uvedlo tvorbu dekubitů.

Otázka č. 15

Otázka: Používáte k vykonávání ORP i některou z alternativních metod? Uveďte prosím příklad.

Tab. 23 Alternativní metody

alternativní metody	ni	fi
reiky	7	4,79%
kraniosakrální terapie	4	2,75%
bazální stimulace	23	15,75%
žádné	112	76,71%
Celkem	146	100,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 23 respondentů tj. 15,75 % uvedlo použití bazální stimulace, 7 respondentů tj. 4,79 % uvedlo jako alternativní metodu reiky, 4 respondenti tj. 2,75 % uvedli

kraniosakrální terapii, 112 respondentů tj. 76,71 % neuvedlo žádnou alternativní metodu.

Otázka č. 16

Otázka: Máte zájem se v oblasti ORP vzdělávat?

Odpověď: ano x ne

Tab. 24 Zájem o vzdělání v ORP

zájem o vzdělání v ORP	ni	fi
ano	86	58,90%
ne	60	41,10%
Celkem	146	100,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 86 respondentů tj. 58,90 % odpovědělo „ano“, 60 respondentů tj. 41,10% odpovědělo „ne“.

Otázka č. 17

Otázka: Je spolupráce s ostatními členy týmu v oblasti lékařských oborů dostatečná?

Odpověď: ano x ne

Tab. 25 Spolupráce s ostatními členy v oblasti lékařských oborů

spolupráce se členy lékařských oborů	ni	fi
dostatečná	146	100,00%
nedostatečná	0	0,00%
Celkem	146	100,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 146 respondentů tj. 100 % odpovědělo „ano“.

Otázka č. 18

Otázka: Je spolupráce s ostatními členy v oblasti nelékařských oborů dostatečná?

Odpověď: ano x ne

Tab. 26 Spolupráce s ostatními členy týmu v oblasti nelékařských oborů

spolupráce se členy nelékařských oborů	n _i	f _i
dostatečná	146	100,00%
nedostatečná	0	0,00%
Celkem	146	100,00%

Hodnocení položky:

Celkem bylo zaznamenáno 146 odpovědí ve 146 dotaznících. Z celkového počtu 146 odpovědí 146 respondentů tj. 100 % odpovědělo „ano“.

VYHODNOCENÍ AKTUÁLNÍHO STAVU KLIENTA V OBLASTI SOBĚSTAČNOSTI

Do analýzy bylo zapojeno 21 klientů s „nadstavbovou péčí“ s různým stupněm závislosti. Projekt trval cca 4 měsíce a klienti byli ohodnoceni z hlediska soběstačnosti podle dvou funkčních testů – podle testu Barthelové a testu funkční míry nezávislosti FIM na začátku a konci projektu.

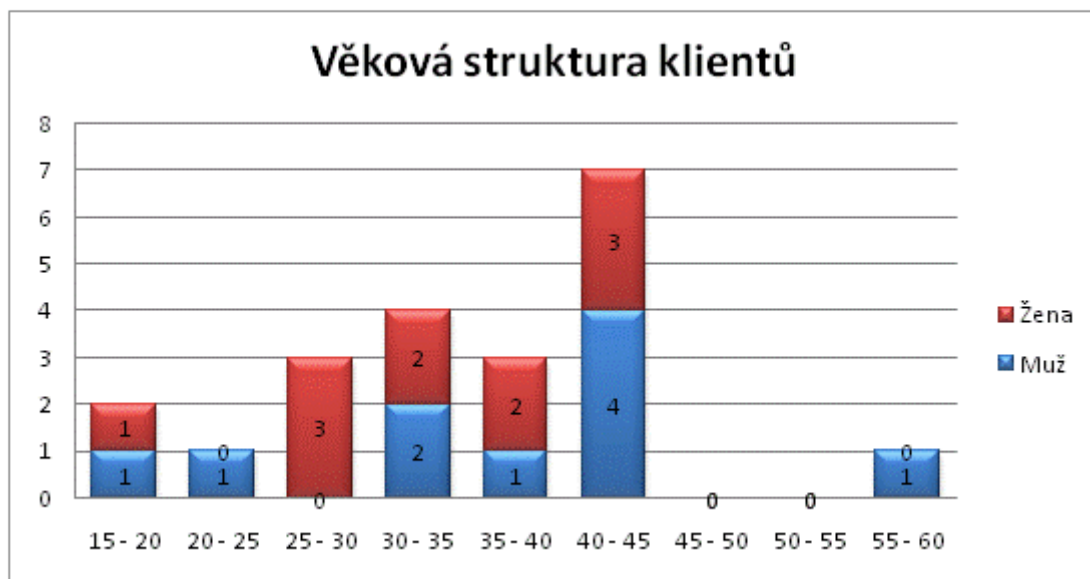
Položka 1: Věková struktura klientů

Tab. 27 a) Věková struktura klientů

27 b) Věková struktura klientů

věk	15 - 20	20 - 25	25 - 30	30 - 35	35 - 40	40 - 45	45 - 50	50 - 55	55 - 60
počet klientů	2	1	3	4	3	7	0	0	1
z toho M/Ž	1 1	1 0	0 3	2 2	1 2	4 3	0 0	0 0	1 0

Věk	Muž	Žena	Celkem
15 - 20	1	1	2
20 - 25	1	0	1
25 - 30	0	3	3
30 - 35	2	2	4
35 - 40	1	2	3
40 - 45	4	3	7
45 - 50	0	0	0
50 - 55	0	0	0
55 - 60	1	0	1
Σ	10	11	21



Graf 7. Grafické znázornění věkové struktury klientů

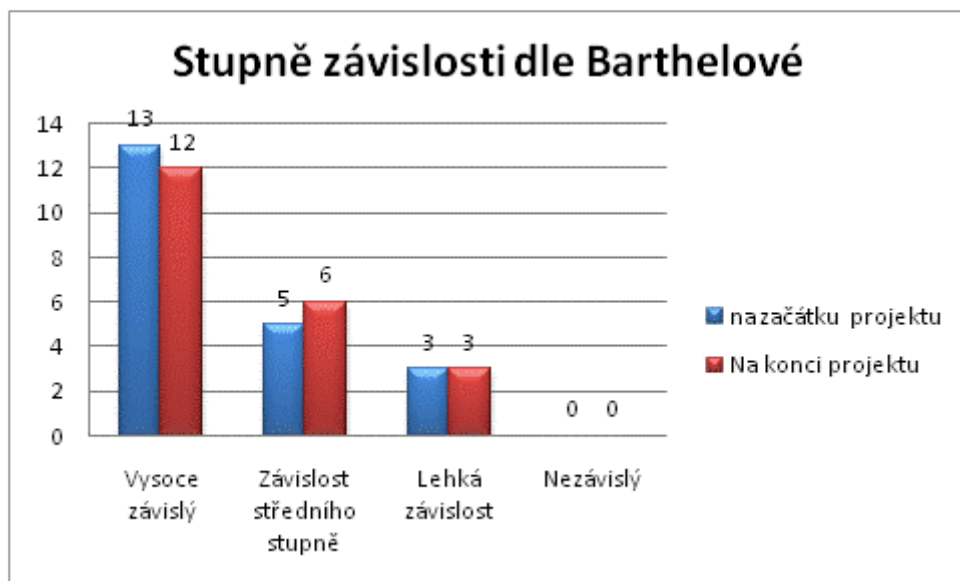
Hodnocení položky:

Vyhodnocováno bylo celkem 21 klientů, zastoupeno 11 ženami a 10 muži. Ve věkovém rozmezí 15 – 20 let byl 1 muž a 1 žena, v rozmezí 20 – 25 let byl 1 muž, v rozmezí 25 – 30 let byly 3 ženy, v rozmezí 30 – 35 let byli 2 muži a 2 ženy, v rozmezí 35 – 40 byli 1 muž a 2 ženy, v rozmezí 40 – 45 byli 4 muži a 3 ženy, v rozmezí 55 – 60 byl 1 muž.

Položka 2: Hodnocení stupně závislosti dle Barthelové u klientů na začátku a konci projektu

Tab. 28 Stupně závislosti dle Barthelové

Stupně závislosti dle Barthelové	Počet klientů	
	na začátku projektu	Na konci projektu
Vysoce závislý	13	12
Závislost středního stupně	5	6
Lehká závislost	3	3
Nezávislý	0	0



Graf 8. Grafické znázornění stupně závislosti dle Barthelové

Hodnocení položky:

Z celkového počtu 21 klientů bylo ve stupni „vysoce závislý“ zastoupeno na začátku projektu 13 klientů na konci projektu 12 klientů, ve stupni „závislost středního stupně“ bylo na začátku projektu 5 klientů a na konci 6 klientů, ve stupni „lehké závislosti“ byli na začátku i na konci projektu 3 klienti.

Položka 3: Hodnocení soběstačnosti klientů na začátku a konci projektu dle Barthelové

Tab. 29 Celkové hodnocení jednotlivých dovedností soběstačnosti dle Barthelové

TEST PODLE BARTHELOVÉ, jednotlivé dovednosti:		
Najedení, napití	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Samostatně bez pomoci	1	2
S pomocí	14	13
Neprovede	6	6

Oblékání	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Samostatně bez pomoci	0	0
S pomocí	10	11
Neprovede	11	10

Koupání	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Samostatně bez pomoci	1	2
S pomocí	5	4
Neprovede	15	15

Osobní hygiena	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Samostatně bez pomoci	3	4
S pomocí	10	9
Neprovede	8	8

Kontinence moči	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Plně kontinentní	4	4
Občas inkontinentní	10	10
Trvale inkontinentní	7	7

Kontinence stolice	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Plně kontinentní	5	5
Občas inkontinentní	9	9
Trvale inkontinentní	7	7

Použití WC	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Samostatně bez pomoci	0	0
S pomocí	12	12
Neprovede	9	9

Přesun lůžko – židle	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Samostatně bez pomoci	0	0
S malou pomocí	4	6
Vydrží sedět	13	11
Neprovede	4	4

Chůze po rovině	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Samostatně nad 50 metrů	2	2
S pomocí 50 metrů	3	3
Na vozíku 50 metrů	10	10
Neprovede	6	6

Chůze po schodech	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Samostatně bez pomoci	1	1
S pomocí	4	5
Neprovede	16	15

Hodnocení položky:

Oblast najedení, napití – z celkového počtu 21 klientů bylo samostatně bez pomoci na začátku i na konci projektu 1 klient. S pomocí byli na začátku projektu 4 klienti a na konci 5 klientů, dovednost neprovedlo na začátku 16 klientů na konci 15 klientů.

Oblast oblékání – z celkového počtu 21 klientů se samostatně na začátku i na konci projektu nikdo neoblékl. S pomocí na začátku 10 klientů a na konci 11 klientů, neprovedlo na začátku 11 klientů na konci 10 klientů.

Oblast koupání – z celkového počtu 21 klientů se samostatně vykoupal na začátku projektu 1 klient na konci 2. S pomocí 5 klientů na začátku a na konci 4 klienti. Koupání neprovedlo na začátku i na konci 15 klientů.

Oblast osobní hygiena – z celkového počtu 21 klientů samostatně provedli na začátku projektu 3 klienti na konci 4 klienti, s pomocí na začátku 10 klientů na konci 9 klientů, neprovedli na začátku i na konci 8 klientů.

Oblast kontinence moči – z celkového počtu 21 klientů bylo plně kontinentní na začátku i na konci projektu 4 klienti, občas inkontinentní na začátku i na konci 10 klientů, trvale inkontinentní bylo na začátku i na konci 7 klientů.

Oblast kontinence stolice – z celkového počtu 21 klientů bylo plně kontinentní na začátku i na konci projektu 5 klientů, občas inkontinentní bylo na začátku i na konci 9 klientů, trvale inkontinentní bylo na začátku i na konci 7 klientů.

Oblast použití WC – z celkového počtu 21 klientů bylo bez pomoci na začátku i na konci projektu 0 klientů, s pomocí na začátku i na konci 12 klientů, neprovedlo na začátku i na konci 9 klientů.

Oblast přesun lůžko – židle – z celkového počtu 21 klientů samostatně provedlo na začátku i na konci 0 klientů, s malou pomocí na začátku 4 klienti na konci 6 klientů, vydrží sedět na začátku 13 klientů na konci 11 klientů, neprovede na začátku i na konci 4 klienti.

Oblast chůze po rovině – z celkového počtu 21 klientů samostatně nad 50 metrů na začátku i na konci provedli 2 klienti, s pomocí 50 metrů provedli na začátku i na konci 3 klienti, na vozíku 50 metrů provedlo na začátku i na konci 10 klientů, neprovedlo na začátku i na konci 6 klientů.

Oblast chůze po schodech – z celkového počtu 21 klientů samostatně provedl na začátku i na konci 1 klient, s pomocí na začátku 4 klienti a na konci 5 klientů, neprovedlo na začátku 16 klientů a na konci 15 klientů.

Položka 4: Hodnocení soběstačnosti klientů na začátku a konci projektu dle dotazníku FIM

Podrobné hodnocení soběstačnosti dle dotazníku FIM viz příloha

Tab. 30 Celkové hodnocení jednotlivých dovedností soběstačnosti dle dotazníku FIM

Hodnocení položky:

V celkovém hodnocení efektivity ošetřovatelské rehabilitace podle testu FIM došlo u 21 klientů:

Osobní hygiena – v oblasti **příjmu jídla**, došlo ke zlepšení u 4 klientů, v oblasti **osobní hygieny** došlo ke zlepšení u 5 klientů, v oblasti **koupání** se zlepšilo 5 klientů, v oblasti **oblékání horní a dolní poloviny těla** se zlepšili 4 klienti, v oblasti použití WC zůstal stav beze změn.

Kontrola sfinkterů – v oblasti **kontrola močení** se zlepšil 1 klient, v oblasti **kontrola vyprazdňování** zůstal stav beze změn.

Přesuny – v oblasti **postel, židle, vozík** došlo ke zlepšení u 7 klientů, v oblasti **toaleta** došlo ke zlepšení 1 klienta, v oblasti **vana, sprchový kout** došlo ke zlepšení u 2 klientů.

Lokomoce – v oblasti **chůze/jízda na vozíku** došlo k zhoršení u jednoho klienta, v oblasti **schody** došlo ke zlepšení u 2 klientů.

Komunikace – v oblasti **rozumění a exprese** zůstal stav beze změn.

Sociální schopnosti – v oblasti **sociální interakce a řešení problémů** zůstal stav beze změn, v oblasti **paměť** došlo ke zlepšení u 3 klientů a zhoršení u 2 klientů.

Efektivita ošetrovatelské rehabilitace podle testu FIM		
test	zlepšení	zhoršení
Osobní hygiena		
Příjem jídla	4	0
Osobní hygiena	5	0
Koupání	5	0
Oblékání – horní polovina těla	4	0
Oblékání – dolní polovina těla	4	0
Použití WC	0	0
Kontrola sfinkterů		
Kontrola močení	1	0
Kontrola vyprazdňování	0	0
Přesuny		
Postel, židle, vozík	7	0
Toaleta	1	0
Vana, sprchový kout	2	0
Lokomoce		
Chůze/ jízda na vozíku	0	1
Schody	2	0
Komunikace		
Rozumění	0	0
Exprese	0	0
Sociální schopnosti		
Sociální interakce	0	0
Řešení problémů	0	0
Paměť	3	2

8 Diskuze

Praktická část této bakalářské práce je zaměřená na zjišťování úrovně ORP u osob s těžkým kombinovaným postižením v sociálních zařízeních a zjišťování vlivu ORP na soběstačnost klienta.

Pro výzkum v první části byly zvoleny sociální zařízení v ústeckém kraji – IC Horní Poustevna, DSS Kadaň, DSS Litvínov, ÚSP Háj u Duchcova, Domovu pro osoby se zdravotním postižením Brtníky, ÚSP Jiřikov.

Vzhledem k náročnosti provedení výzkumu týkající se vlivu ORP na soběstačnost klienta, byla záměrně zvolena jiná sociální zařízení – stacionář Dar a Chráněné bydlení Pastelky.

Výzkumem jsem se snažila splnit cíle, které jsem si na počátku stanovila a objasnit tvrzení hypotéz.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že ošetrovatelská rehabilitační péče bude v sociálních zařízeních s větším počtem klientů na počet pracovníků ve směně nedostatečná než v opačném případě. Nejčastější příčinou bude nedostatek personálu.

Na podpoření či nepodpoření tvrzení hypotézy č. 1 jsou použity otázky č. 1, 5, 6. Jako doplňující otázky nepřímo ovlivňující tvrzení hypotézy jsou použity otázky č. 2, 7, 12.

Otázka č. 1 zjišťovala počet klientů, o které se respondenti během své služby starají. Tato otázka byla otevřená a respondenti mohli udávat skutečný počet klientů.

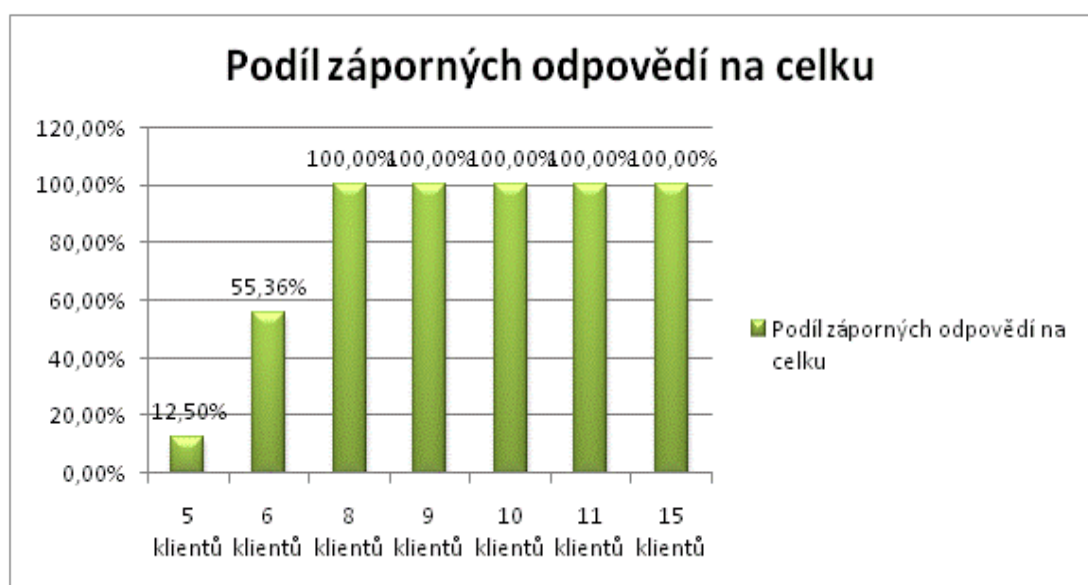
Z celkového počtu 146 odpovědí se rozmezí pohybovalo od 5 – 15 klientů. Nejvíce respondentů (56) udávalo 6 klientů, 5 klientů udávalo 40 respondentů, 18 respondentů udávalo 8 klientů, 9 respondentů 9 klientů, 15 respondentů 10 klientů, 4 respondenti 11 klientů a 4 respondenti 15 klientů. Důležité podotknout, že ve směně je více pracovníků, proto toto číslo neznamena počet klientů na jednoho pracovníka, ale na jednu směnu. Samotná otázka je čistě informativní, ale v kombinaci s ostatními otázkami je pro potvrzení hypotézy stěžejní.

Otázka č. 2 měla zjistit, jestli je udávaný počet klientů vyhovující a jaký je podle nich ideální počet.

Z celkového počtu 146 odpovědí 58 respondentů tj. 39,73 % odpovědělo „ano“ a 88 respondentů tj. 60,27 % odpovědělo „ne“. Analýza podílu záporných odpovědí v závislosti na počtu klientů je rozpracovaná v tab. 31 a grafu 10

Tab. 31 Podíl záporných odpovědí v závislosti na počtu klientů

Počet klientů	Celkový počet odpovědí	Počet záporných odpovědí	Podíl záporných odpovědí na celku
5	40	5	12,50%
6	56	31	55,36%
8	18	18	100,00%
9	9	9	100,00%
10	15	15	100,00%
11	4	4	100,00%
15	4	4	100,00%
Celkem	146	86	



Graf 10. Grafické znázornění podílu záporných odpovědí

Respondenti udávající počet od 8 – 15 klientů ve 100 % označovali tento počet za **nevyhovující**. Z respondentů starajících se o 6 klientů odpovědělo záporně 55,36%, z respondentů starajících se o 5 klientů odpovědělo záporně 12,50 %. Z této analýzy je patrné, že větší počet klientů je nevyhovující a může tak *nepřímo ovlivňovat* tvrzení hypotézy.

Otázka č. 5 zjišťovala, jestli je ORP na jejich pracovišti dostatečná.

Z celkového počtu 146 odpovědí 56 respondentů tj. 38,36 % uvedlo ORP jako dostačující, 90 respondentů tj. 61,64 % uvedlo ORP jako nedostačující. Otázka *podporuje* tvrzení hypotézy.

Otázka č. 6 měla zjistit problém ve vykonávání ORP.

Tato otázka přináší jednoznačné informace o příčinách nedostatku ORP. Otázka vycházela ze záporných odpovědí otázky č. 5, tedy z 90 respondentů. Jako hlavní

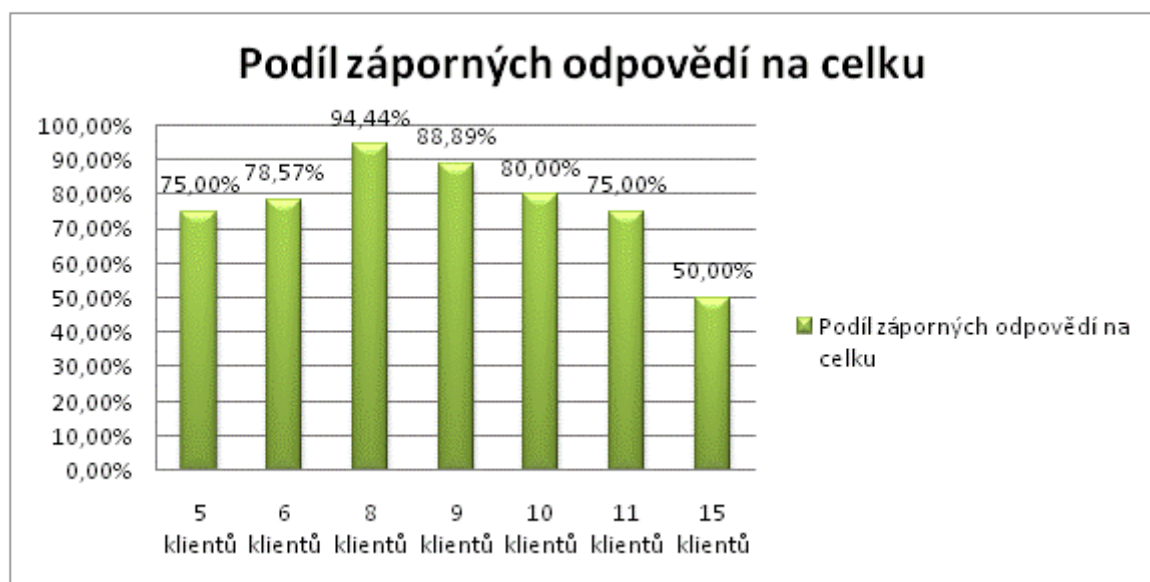
problém nedostatečné ORP označilo všech 90 respondentů nedostatek personálu, 18 respondentů označilo jako další možný problém v nezájmu ze strany klientů a 15 respondentů označilo nedostatek znalostí. **Otázka podporuje tvrzení hypotézy, protože 100 % respondentů uvedlo jako příčinu nedostatek personálu.**

Otázka č. 7 zjišťovala, jestli mají respondenti dostatek času věnovat se ORP a kolik času jim zabere ORP u jednoho klienta během 1 směny.

Z celkového počtu 146 odpovědí 30 respondentů odpovědělo „ano“ a 116 respondentů odpovědělo „ne“. Analýza podílu záporných odpovědí v závislosti na počtu klientů je rozpracovaná v tab. 32 a obr. 11.

Tab. 32 Podíl záporných odpovědí v závislosti na počtu klientů

Počet klientů	Celkový počet odpovědí	Počet záporných odpovědí	Podíl záporných odpovědí na celku
5	40	30	75,00%
6	56	44	78,57%
8	18	17	94,44%
9	9	8	88,89%
10	15	12	80,00%
11	4	3	75,00%
15	4	2	50,00%
Celkem	146	116	



Graf 11. Grafické znázornění podílu záporných odpovědí

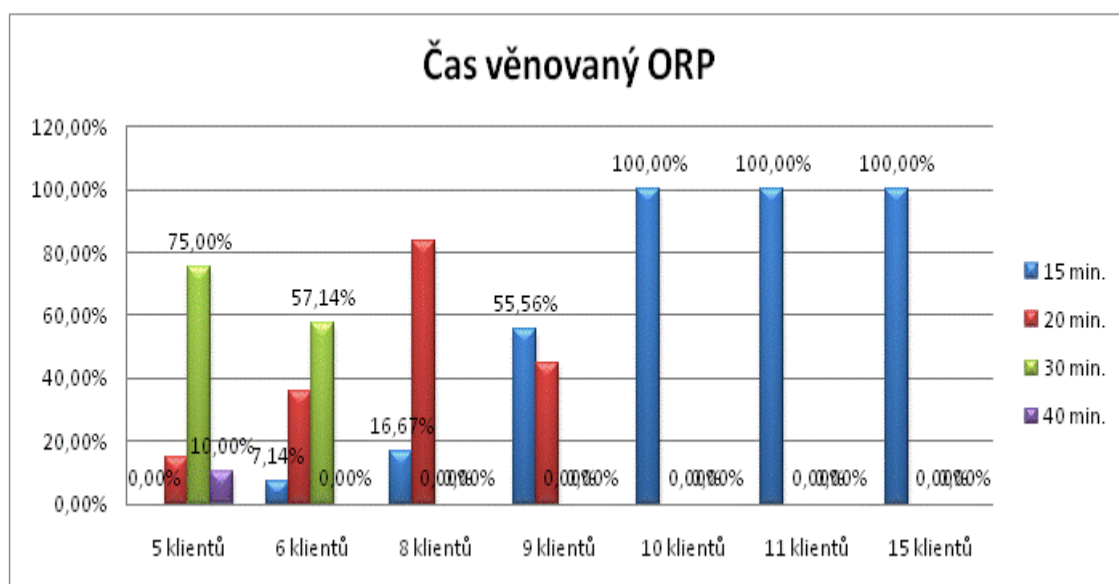
Z analýzy není patrné ovlivnění délky času věnování se ORP na počtu klientů.

Z celkového pohledu otázka *nepřímo podporuje* tvrzení hypotézy.

V druhé části otázky bylo z celkového počtu 146 odpovědí udáváno rozmezí 15 – 40 minut. Nejvíce bylo udáváno 30 minut (62 respondentů), 20 minut udalo 45 respondentů, 15 minut 35 respondentů, 40 minut 4 respondenti. Medián počtu minut věnovaný 1 klientovi je 20 minut. V celostátním šetření VÚPSV byl v podobných zařízeních zjištěn medián 8 minut. Rozmezí od 8 – 14 minut je označováno tímto šetřením jako nedostatečné. Výsledek 20 minut lze ohodnotit jako průměrný. Analýzu udávaných minut v souvislosti s počtem klientů je rozpracován v tab. 33 a grafu 12.

Počet klientů	15 min.		20 min.		30 min.		40 min.		Celkem
	ni	fi	ni	fi	ni	fi	ni	fi	
5	0	0,00%	6	15,00%	30	75,00%	4	10,00%	40
6	4	7,14%	20	35,71%	32	57,14%	0	0,00%	56
8	3	16,67%	15	83,33%	0	0,00%	0	0,00%	18
9	5	55,56%	4	44,44%	0	0,00%	0	0,00%	9
10	15	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	15
11	4	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4
15	4	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4
Celkem	35		45		62		4		146

Tab. 32 Čas věnovaný ORP



Graf 12. Grafické znázornění času věnovaný ORP

Z analýzy je patrné, že počet klientů ovlivňuje délku času ORP věnovaný 1 klientovi během 1 směny. Nejmenší počet minut udávali respondenti starající se o 10 – 15 klientů, největší počet minut udávali respondenti starající se o 5 – 6 klientů. Tato část otázky *nepřímo podporuje* tvrzení hypotézy.

Otázka č. 12 zjišťovala nejčastěji používané ošetrovateľské a rehabilitační výkony.

Z ošetrovateľských výkonů respondenti udávali vykonávání hygieny, péči o pokožku, polohování, krmení, péči o lůžko a pokoj, přípravu stravy, prevenci a ošetření dekubitů, podávání léků, měření fyziologických funkcí, asistenci lékařům, krmení sondou a péči o PEG sondu. Z rehabilitačních výkonů respondenti udávali posazování, masáže, nácvik soběstačnosti, relaxaci, pasivní cvičení, bazální stimulaci, použití rehabilitačních přístrojů, perličkovou koupel, nácvik chůze, aktivizaci uživatelů, aktivní asistované cvičení.

Z výčtu velkého počtu ošetrovateľských výkonů lze soudit, že vytížení respondentů může zapříčinit nedostatek času na vykonávání ORP. Na druhé straně se i přes vytížení ošetrovateľskými výkony snaží využít v maximálně možné míře dostupných rehabilitačních výkonů. Otázka může *nepřímo podporovat* tvrzení hypotézy.

Pro ověření této hypotézy „Předpokládám, že ošetrovateľská rehabilitační péče bude v sociálních zařízeních s větším počtem klientů na počet pracovníků ve směně nedostatečná než v opačném případě“ jsme srovnali množství fyzických a psychických komplikací u klientů spadající do skupiny s menším podílem počtu na směnu a naopak s větším podílem na směnu. Jednotlivé skupiny jsou zvýrazněny barevně. Z kontingenční tabulky jsme použili pozorované četnosti a dopočítali očekávané četnosti. Pomocí funkce chí-kvadrát test v programu Excel jsme získali výsledek. Vzhledem k tomu, že dosažená hladina statistické významnosti není menší než 0,05, hypotézu zamítnout nemůžeme, v opačném případě bychom hypotézu zamítnout mohli. V tomto případě $p = 0,104778045$, hypotézu tedy NEZAMÍTÁME.

Tab. 33

	5 – 6 klientů (96 resp.)		8 – 15 klientů (50 resp.)		Celkem Σ
	n_i	f_i	n_i	f_i	
TVORBA DEKUBITŮ	21	21,87%	4	8,00%	25
ZHORŠ. PRŮBĚHEM CHOROBY A ÚRAZ STAVŮ	23	23,96%	45	90,00%	68
MENŠÍ SOBĚSTAČNOSTÍ ČI NESOBĚSTAČNOSTÍ	2	2,08%	28	56,00%	30
SNÍŽENÍM FYZICKÉ KONDICE	6	6,25%	74	94,00%	80
ZHORŠENÍM DUŠEVNÍHO STAVU	50	52,08%	50	100,00%	100
SVALOVÝM POSTIŽENÍM, KONTRAKTURAMI	25	26,04%	20	40,00%	45
BOLESTÍ	28	29,16%	10	20,00%	38
VZNIKEM KOMPLIKACÍ – TROMBOZA...	0	0,00%	0	0,00%	0

Komplikace		Fyzické komplikace	Psychické komplikace	Celkový počet komplikací
Respondenti mající 5 – 6 klientů	96	105	50	155
		67,74	32,26	100%
Respondenti mající 8 – 15 klientů	50	154	50	204
		75,49	24,51	100%
Celkový počet	146	259	100	359
Celkem %		72,14	27,86	100%

105	50	155
154	50	204
259	100	359

111,8245125 43,17548747
147,1754875 56,82451253

0,104778045

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že nejčastějším projevem nedostatečné ORP bude spíše svalové postižení, kontraktury než zhoršení psychického stavu.

Pro podporu či vyvrácení tvrzení této hypotézy vycházíme z vizuálního hodnocení výsledků otázek č. 9, 13, 14.

Otázka č. 9 zjišťovala, kde respondenti pozorují největší pozitivní vliv ORP u klientů.

Z celkového počtu 146 odpovědí bylo sestaveno pořadí, kde největší počet získalo ovlivnění zdravotního stavu, na druhém místě s velkým odstupem bylo označeno ovlivnění psychického stavu, jako třetí bylo ovlivnění bolesti a jako poslední ovlivnění soběstačnosti. Otázka *nepřímo podporuje* tvrzení hypotézy.

Otázka č. 13 měla zjistit jaké prvky ORP považují za nejdůležitější.

Z celkového počtu 146 odpovědí bylo sestaveno pořadí, kde umístění bylo následovné:
1. místo polohování, 2. místo pasivní a aktivní cvičení, 3. místo nácvik soběstačnosti, 4. místo dechová rehabilitace.

Polohování udávalo všech 146 respondentů. Pasivní a aktivní cvičení uvedlo pouhých 88 respondentů, což je vzhledem ke stupni postižení klientů velmi malá část. To může

mít výrazný vliv na rozvoj negativních změn v celkovém zdravotním stavu. Otázka tím pádem může *nepřímo podporovat* tvrzení hypotézy.

Otázka č. 14 zjišťovala nejčastější projev nedostatku ORP u klientů.

Z celkového počtu 146 odpovědí, 100 respondentů udávalo nejčastější projev zhoršení duševního stavu, 68 respondentů uvedlo zhoršený průběh chorobných a úrazových stavů, 53 respondentů uvedlo snížení fyzické kondice, 45 respondentů uvedlo svalové postižení kontraktury, 38 respondentů uvedlo bolesti, 30 respondentů uvedlo menší soběstačnost či nesoběstačnost, 25 respondentů uvedlo tvorbu dekubitů. Otázka *nepodporuje* tvrzení hypotézy.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že správně provedená ošetrovatelská rehabilitační péče bude mít stejný pozitivní vliv na soběstačnost u klientů s menším stupněm závislosti jako u klientů plně závislých.

Výzkum proběhl u 21 klientů, 10 mužů a 11 žen ve věkovém rozmezí 15 – 60 let. Sledování vlivu správně provedené ORP na soběstačnost klienta probíhala po dobu 4 měsíců. Hodnocení soběstačnosti se provádělo dle testu Barthelové a testu FIM.

Vyhodnocení stupně závislosti dle Barthelové na začátku a konci projektu je rozpracováno v tab. 28.

Tabulka č. 28

Stupně závislosti dle Barthelové	Počet klientů	
	na začátku projektu	Na konci projektu
Vysoce závislý	13	12
Závislost středního stupně	5	6
Lehká závislost	3	3
Nezávislý	0	0

Pro statistické ověření hypotézy č. 3 jsme srovnali zjištěné údaje do skupin. Zjištěná data jsme získali zhodnocením stavu pomocí dvou způsobů. Pomocí testu soběstačnosti dle Barthelové a podle testu FIM. Jedná se o srovnání počátečního stavu u klientů vykazující nulovou nebo pouze mírnou závislost s klienty, kteří vykazují vyšší či úplnou závislost, a to po absolvování ošetrovatelské rehabilitační péče. Jednotlivé skupiny jsou zvýrazněny barevně. Z kontingenční tabulky jsme použili pozorované četnosti a dopočítali očekávané četnosti. Pomocí funkce chí-kvadrát test v programu Excel jsme

získali výsledek, který není menší než 0,05, a v tom případě tuto hypotézu **zamítnout** nemůžeme.

	Data		Na začátku projektu	Na konci projektu	Σ
Lehká závislost - podle Barthelové	ni	21	81	82	163
Lehká závislost - podle FIM	ni	21	146	177	323

227 259 486

81 82

146 177

76,13374486 86,86625514

150,8662551 172,1337449

0,348701053

Těžká závislost - podle Barthelové	ni	21	112	108	220
Těžká závislost - podle FIM	ni	21	199	187	386

311 295 606

112 108

199 187

112,9042904 107,0957096

198,0957096 187,9042904

0,878528992

	Data		Na začátku projektu	Na konci projektu	Σ
Lehká závislost - podle Barthelové	ni	21	81	82	163
Těžká závislost - podle Barthelová	ni	21	112	108	220

193 190 383

81 82

112 108

82,1383812 80,8616188

110,861619 109,138381

0,81397449

Lehká závislost - podle	ni	21	146	177	323
-------------------------	----	----	-----	-----	-----

FIM					
Těžká závislost - podle FIM	ni	21	199	187	386

345 364 709

146 177

199 187

157,1720733 165,8279267

187,8279267 198,1720733

0,091877765

9 Doporučení pro praxi

Ošetrovatelská rehabilitační péče patřila po dlouhou dobu k mé hlavní pracovní náplni. Pracovala jsem 18 let v IC Horní Poustevna jako zdravotní sestra s rehabilitačním zaměřením. Pro dotazníkové šetření jsem si vybrala podobná sociální zařízení pro osoby s kombinovaným postižením (viz příloha č. 1, 2, 3, 4). Využila jsem 6-ti zařízení z ústeckého kraje, celkem bylo rozdáno 317 dotazníků, návratnost je 46%. Respondenti vyplňovali dotazníky s velkou péčí a zájmem o věc, nicméně se ukázalo, že nebylo možné pokrýt celou šíři problematiky, a proto by bylo třeba v jejím sledování pokračovat.

Ze zjištěných údajů se mi potvrdilo, že ORP je v těchto zařízeních nedostatečná. Jako hlavní problém je uváděn nedostatek personálu. Vytížení a mnohdy i přetížení ošetrovatelského personálu velkým počtem činností související s ošetrovatelskými výkony má za následek nedostatek času věnovaný ORP. To samozřejmě výrazně ovlivňuje projevy nedostatečné ORP na celkovém zdravotním stavu klienta. Další nemalé procento příčiny nedostatečné ORP bylo udáváno též nedostatek znalostí personálu.

Mezi opatření, která by vedla ke zlepšení zjištěných nedostatků, bych doporučovala:

- Na jednotlivých pracovištích provést objektivní analýzu stavu – počet personálu, stupeň postižení klientů, pracovní náplň jednotlivých odborností...

Na základě analýzy navrhuji zvolit následující opatření:

- Zvýšit počet personálu nebo snížit počet klientů na směnu.
- Zredukovat činnosti, které kromě ošetrovatelských výkonů spadají spíše do oblasti pečovatelských činností (příprava stravy, péče o lůžko a pokoj...). Čas věnovaný těmto činnostem, by pak mohl být věnovaný ORP.
- Pro zlepšení informovanosti ošetrovatelského personálu, bych doporučila semináře s touto problematikou.

Do druhé části výzkumu bylo zapojeno 21 klientů, kteří byli ohodnoceni z hlediska soběstačnosti podle dvou funkčních testů – podle testu Barthelové a testu funkční míry nezávislosti FIM. Pro testování klientů byla pro potřeby bakalářské práce vybrána jiná zařízení, než ta, která byla oslovena s žádostí o spolupráci při vyplnění dotazníků pro

pracovníky v přímé péči. Chráněné bydlení Pastelky a stacionář Dar jsem zvolila pro spolupráci proto, že se obě zaměřují na soběstačnost klientů a neméně důležitým faktorem byla i ochota zaměstnanců obou zařízení se na projektu podílet.

Po zhodnocení výsledků provedených testů na začátku a na konci projektu lze zkonstatovat, že provádění ošetrovatelské rehabilitace má pozitivní vliv na motorické schopnosti a s nimi související schopnost sebeobsluhy klientů. U klientů s těžkým kombinovaným postižením, kteří nejsou schopni samostatně se podílet na aktivitách běžného dne, je zlepšena spolupráce při sebeobsluze, případně obsluha jako taková.

10 Závěr

Teoretická část čtenáře seznamuje s pojmem mentální retardace, jejím členění a o příčinách vzniku. Dále se zabývá ošetrovatelskou rehabilitační péčí. V závěru teoretické části je nastíněn historický vývoj ústavní péče.

Rozhodně jsem nechtěla vyvolat dojem, že lidé s kombinovaným postižením, jsou „chudáčci“ nad kterými bychom se měli hromadně rozplakat. Jsou to nesmírně silní lidé, než by se mohlo na první pohled zdát a v mnoha pohledech daleko trpělivější. Věci jsou vždycky takové, jaký postoj k nim zaujmeme. Dnes už se postižené lidi nesnažíme před světem schovávat. Třeba za čas dojdeme tak daleko, že budou přijímány normálně většinou společnosti, ne jen těmi, kdo mají znalosti nebo odvalu.

Výzkumná část měla za cíl zjistit úroveň ORP v sociálních zařízeních a vliv ORP na soběstačnost klienta. Zjišťovala jsem pohled na tuto problematiku očima respondentek, porovnála jsme získaná data v hodnocení soběstačnosti dle dvou funkčních testů. Potvrzuji, že oba výzkumné cíle se tedy podařilo splnit. Výsledky mi většinou, alespoň nepřímo potvrdily tvrzení hypotéz. Zejména co se týče nedostatečnosti ORP. Pro vyhodnocení výsledků soběstačnosti se jako užitečnější jeví dotazník FIM, jehož sedmibodová stupnice umožňuje citlivější rozlišení schopností než dvou až čtyřbodová škála, kterou nabízí test podle Barthelové. Vlastní náplň projektu bylo provádění úkonů ošetrovatelské rehabilitační péče nad rámec běžné péče. U klientů v testované skupině byl od poloviny září 2012 do konce ledna 2013 kladen větší důraz na pravidelné polohování s využitím mnoha pomůcek, byli zapojeni do programu pohybové rehabilitace – individuálně podle stupně postižení (bazén, motomed, pasivní protahování, cvičení na velkém míči...), pracovalo se na manuálním uvolňování spastických svalů a byl aplikován kinesio tape pro inhibici spastických a facilitaci oslabených svalů. Velký důraz byl kladen na samostatnost resp. osobní zapojení při sebeobsluze. Klienti v kontrolní skupině byli otestováni na začátku a na konci projektu, jejich denní režim se ale během projektu nijak nezměnil od běžného programu.

Z porovnání výsledků testů na začátku a konci projektu vyplývá, že testovaná skupina vykazuje zlepšení v hodnocených dovednostech a schopnostech. Vedle výsledkových zlepšení jsme v testu pozorovali i dílčí zhoršení výsledků. Ta si vysvětluji jak postupnou progresí primárního onemocnění, tak změnami v aktuálním zdravotním stavu v době testování (viróza, stav po prodělaném epileptickém záchvatu...). Dalším zjištěním, které z hodnocení výsledků testování přineslo je fakt, že provádění

ošetřovatelské rehabilitace má jen minimální vliv na sociální dovednost a paměť. Předpokládala jsem, že pravidelná péče a kontakt s terapeutem se pozitivně odrazí i zde, změny v těchto položkách testu jsou však jak ve smyslu plus, tak ve smyslu minus. Závěrem bych chtěla říct, že ORP má své opodstatnění a její účinnost a efektivita by byla jistě vysoká za předpokladu splnění určitých podmínek a těmi jsou mimo jiné: pravidelnost, soustavnost a komplexnost.

Seznam bibliografických citací

1. BARTKO, D., *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, s. 356. ISBN 08-024-81
2. ČERNÁ, M., et al. *Česká psychopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008, s. 75 - 99. ISBN 978-80-246-1565-3
3. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2007, s. 12 – 17, 91. ISBN 978-80-247-1314-4
4. GRADA Publishing. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 175. ISBN 80-247-0592-3
5. GRANGER, J., *Neuromuscular Therapy Manual*. Lippincott Williams & Wilkins 2010, s. 127. EAN 9781582558004
6. CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. 1.vyd. Praha: QUIP, 2004, s. 19. ISBN 80-239-4772-9
7. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha Triton, 2006, s. 17 – 23. ISBN 80-7254-730-5.
8. KRACÍK, J. *Patopsychologie postiženého dítěte*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1984, s. 124. ISBN 17-292-84
9. LESNÝ, I. a kol. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha: Avicenum, 1972, s. 112 – 118. ISBN 08-025-72
10. LESNÝ, I. a kol., *Dětská neurologie*. 1. vyd. Praha Avicenum, 1980, s. 78. ISBN 08-02-480
11. LEWIT,K. *Manipulační léčba v rámci léčebné rehabilitace*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství dopravy a spojů, 1990, s. 54. ISBN 80-7030-096-5
12. MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. Brno: MU, 2001, s. 26 ISBN80-210-2512-3.
13. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP, 2004, s. 72. ISBN 80-244-1075-3.
14. NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 1.vyd. Praha: UJAK, 2008, s.13 – 17. ISBN 978-80-86723-48-8
15. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 202. ISBN 978-80-247-1135-5

16. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno Paido, 2006, s. 234. ISBN 80-7315-120-0.
17. TROJAN, S., et al. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1996, s. 171. ISBN 80-7169-257-3
18. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3.vyd. Praha: Portál, 2006, s. 138. ISBN 80-7367-060-7
19. VAŇÁSKOVÁ, E.: *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě* Praha: Maxdorf, 2006, s. 84. ISBN 80-85912-26-0
20. VODIČKOVÁ, R. *Synergická reflexní terapie*. Skripta. Praha 2005, s. 36.

Bibliografické odkazy na elektronické monografie

21. Hodnocení soběstačnosti [online] [cit. 2013-02-28]
Dostupné z http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2_04_Zahradnicka.pdf
22. Občanské sdružení rodičů a přátel dívek postižených RETT syndromem[online]
[cit. 2012-11-23] Dostupné z [www:http://kopie.rett-cz.com/cz/napsali-o-nas](http://kopie.rett-cz.com/cz/napsali-o-nas).
23. Terapie[online] [cit. 2012-11-26]
Dostupné z [www: http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=99](http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=99)
24. Ústavní péče [online] [cit. 2013-01-26]
Dostupné z [www: http://is.muni.cz/th/200065/pedf_b/2_cast.pdf](http://is.muni.cz/th/200065/pedf_b/2_cast.pdf)
25. Ústecký kraj [online] [cit. 2013-02-20] Dostupné z http://www.kr-ustecky.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=450018&id=1668148&query=v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD+zpr%C3%A1va&p1=84858

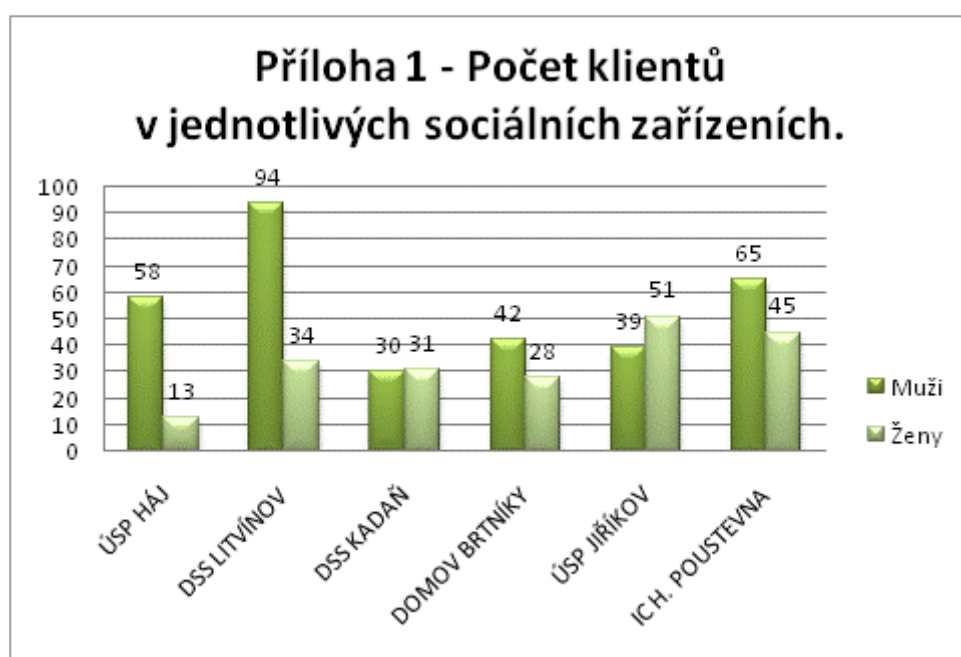
Seznam příloh

- Příloha 1 počet klientů v jednotlivých sociálních zařízeních dle výročních zpráv
- Příloha 2 rozdělení klientů dle zdravotního stavu dle výročních zpráv
- Příloha 3 rozdělení klientů dle věku dle výročních zpráv
- Příloha 4 rozdělení zaměstnanců v přímé péči dle výročních zpráv
- Příloha 5 kazuistiky 2 klientů z IC Horní Poustevna
- Příloha 6 hodnocení soběstačnosti dle dotazníku FIM
- Příloha 7 dotazník
- Příloha 8 protokoly k provádění výzkumu

Příloha 1 – počet klientů v jednotlivých sociálních zařízeních

Tab. 34 Počet klientů a pohlaví

Počty klientů (2012)	Muži	Ženy	Celkem
ÚSP HÁJ	58	13	71
DSS LITVÍNOV	94	34	128
DSS KADAŇ	30	31	61
DOMOV BRTNÍKY	42	28	70
ÚSP JIŘÍKOV	39	51	90
IC H. POUSTEVNA	65	45	110
Σ	328	202	530

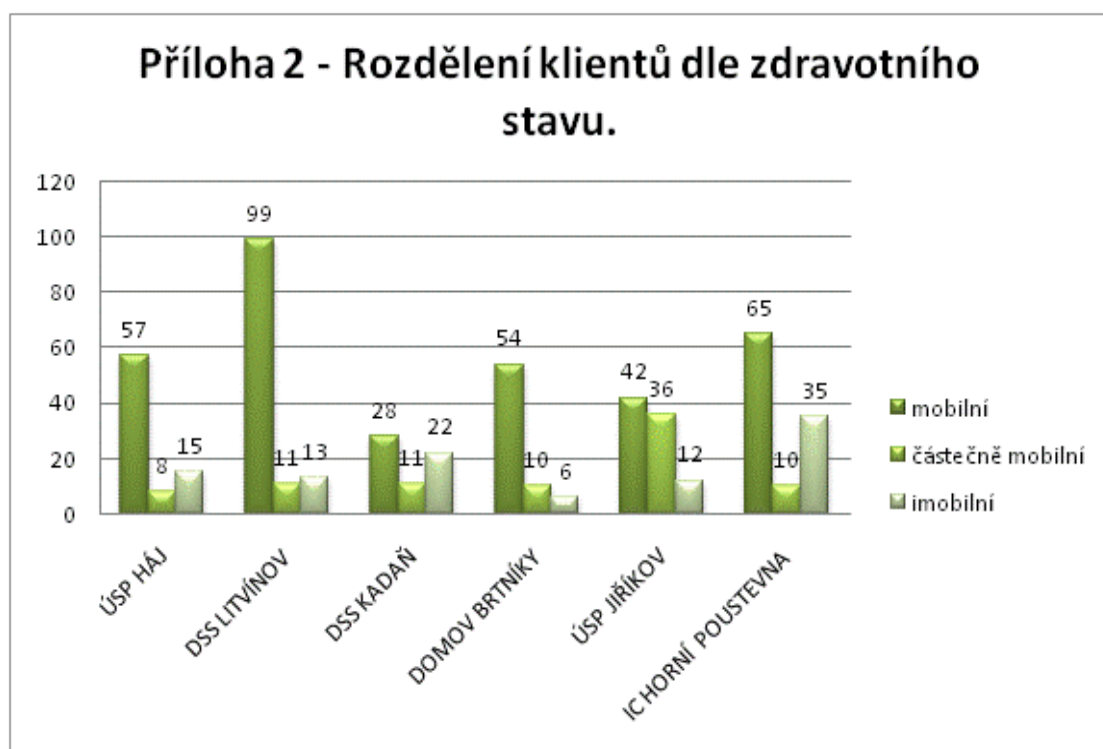


Graf 13 Grafické znázornění počtu klientů a pohlaví v jednotlivých zařízeních

Příloha 2 – Rozdělení klientů dle zdravotního stavu

Tab. 35 Rozdělení klientů dle zdravotního stavu

		mobilní	částečně mobilní	imobilní
ÚSP HÁJ	MUŽI	48	8	8
	ŽENY	9	0	7
	CELKEM	57	8	15
DSS LITVÍNOV	MUŽI	75	8	8
	ŽENY	24	3	5
	CELKEM	99	11	13
DSS KADAŇ	MUŽI	15	6	9
	ŽENY	13	5	13
	CELKEM	28	11	22
DOMOV BRTNÍKY	MUŽI	32	6	4
	ŽENY	22	4	2
	CELKEM	54	10	6
ÚSP JIŘÍKOV	MUŽI	30	22	5
	ŽENY	12	14	7
	CELKEM	42	36	12
IC HORNÍ POUSTEVNA	MUŽI	50	6	9
	ŽENY	15	4	26
	CELKEM	65	10	35

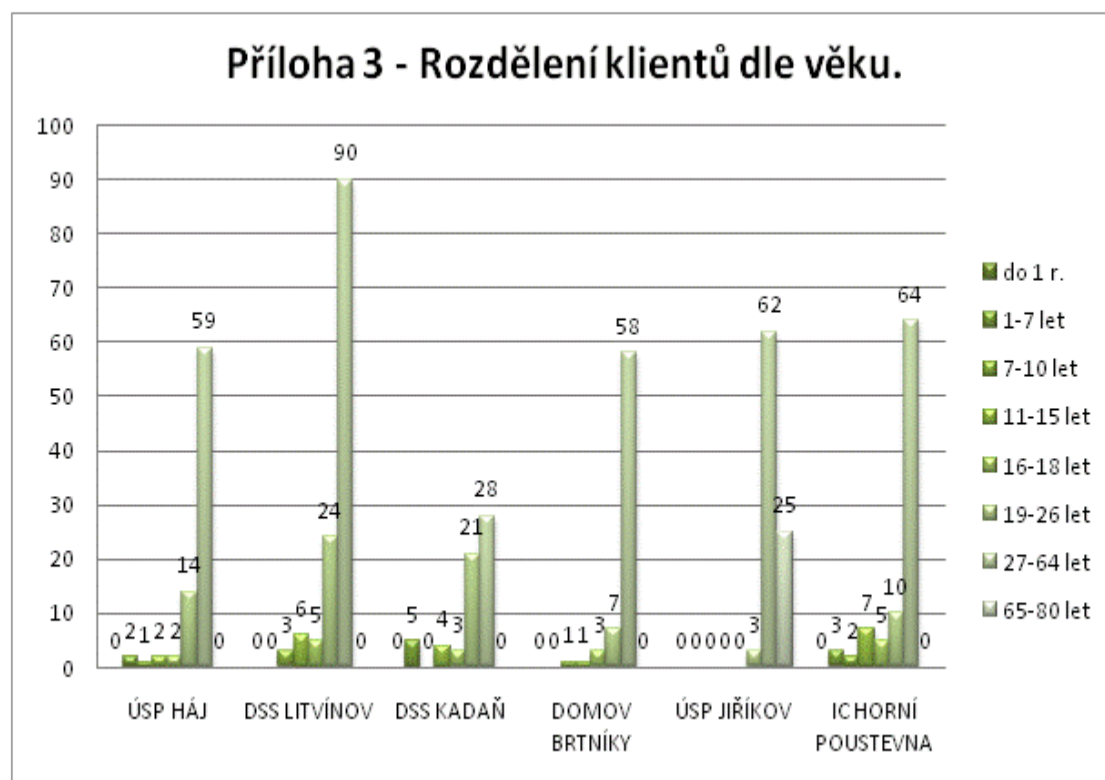


Graf 14 Grafické znázornění rozdělení klientů dle zdravotního stavu

Příloha 3 – rozdělení klientů dle věku

Tab. 36 Rozdělení klientů dle věku

Věk		do 1 r.	1-7 let	7-10 let	11-15 let	16-18 let	19-26 let	27-64 let	65-80 let
ÚSP HÁJ	MUŽI	0	1	1	0	2	11	49	0
	ŽENY	0	1	0	2	0	13	10	0
	CELKEM	0	2	1	2	2	14	59	0
DSS LITVÍNOV	MUŽI	0	0	2	3	2	16	70	0
	ŽENY	0	0	1	3	3	8	20	0
	CELKEM	0	0	3	6	5	24	90	0
DSS KADAŇ	MUŽI	0	2	0	3	2	9	14	0
	ŽENY	0	3	0	1	1	12	14	0
	CELKEM	0	5	0	4	3	21	28	0
DOMOV BRTNÍKY	MUŽI	0	0	0	0	1	3	38	0
	ŽENY	0	0	1	1	2	4	20	0
	CELKEM	0	0	1	1	3	7	58	0
ÚSP JIŘÍKOV	MUŽI	0	0	0	0	0	1	30	18
	ŽENY	0	0	0	0	0	2	32	17
	CELKEM	0	0	0	0	0	3	62	25
IC HORNÍ POUSTEVNA	MUŽI	0	1	2	7	5	8	43	0
	ŽENY	0	2	0	0	0	2	41	0
	CELKEM	0	3	2	7	5	10	64	0

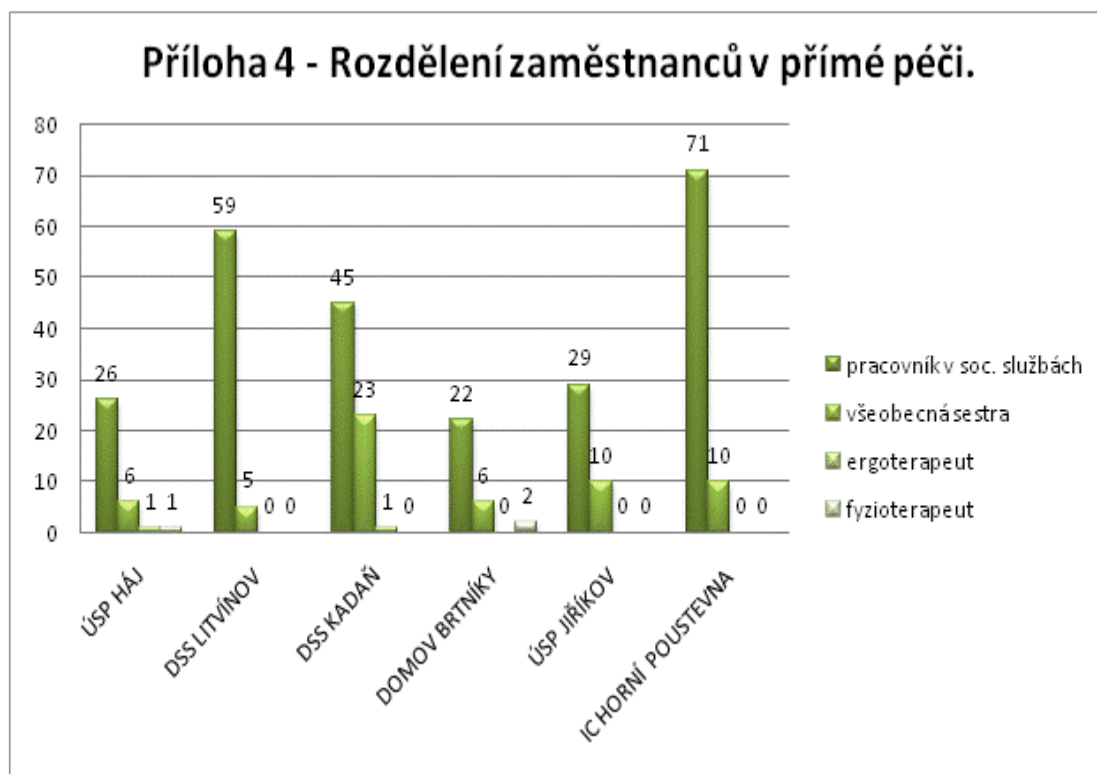


Obr. 15 Grafické znázornění rozdělení klientů dle věku

Příloha 4 – rozdělení zaměstnanců v přímé péči

Tab. 37 Rozdělení zaměstnanců v přímé péči

	pracovník v soc. službách	všeobecná sestra	ergoterapeut	fyzioterapeut
ÚSP HÁJ	26	6	1	1
DSS LITVÍNOV	59	5	0	0
DSS KADAŇ	45	23	1	0
DOMOV BRTNÍKY	22	6	0	2
ÚSP JIŘÍKOV	29	10	0	0
IC HORNÍ POUSTEVNA	71	10	0	0
Celkem	252	60	2	3



Obr. 16 Grafické znázornění zaměstnanců v přímé péči

Příloha 5 – kazuistiky

Kazuistika č. 1

Dívka Míša, narozena 1. 11. 1974, je dlouhodobou uživatelkou Integrovaného centra. Do Integrovaného centra byla umístěna jako čtyřleté dítě. Je schopna komunikace, rozumí, adekvátně reaguje, verbálně se domluví pouze ano/ne, jinak vydává neartikulované zvuky. Je v kontaktu s matkou, bratrem a švagrovou.

Zdravotní anamnéza: DMO (dětská mozková obrna), centrální spastická triparéza, mentální retardace, sekundární epilepsie t. č. plně kompenzovaná. Je nechodící, na vozíku. Má protrakční postavení ramen, flekční držení horních končetin v loketních a zápěstních kloubech, prsty pravé ruky jsou flektované, na levé ruce má volné držení prstů. Na obou kyčelních kloubech jsou těžké kontraktury, flekční postavení a výrazné addukční držení. Na levém kyčelním kloubu byla vysoká luxace (vykloubení), defigurovaná a téměř plochá hlavice s valgózním postavením. Pravý kyčelní kloub subluxován. V roce 2003 podstoupila korekční ortopedickou operaci levého kyčelního kloubu, při které jí byla provedena: extraktio capitis femoris l. sin. (odstranění hlavice femuru), dále tenotomie adduktorů (přitahovačů) kyčelního kloubu a tenotomie flexorů (ohýbačů) kolenního kloubu.

Doporučení ošetřujícího lékaře: Polohování včetně lehu na zádech, udržovat rozsah pohybu v kyčelních, kolenních a hlezenních kloubech, zejména na levé dolní končetině. V budoucnu, podle stavu klientky, bude muset pravděpodobně být proveden také operativní zákrok na pravém kyčelním kloubu. Dále doporučena intenzivní rehabilitace.

Psychomotorický vývoj a společenský život: Otáčí se na oba boky, na břicho se nepřetočí. Z polohy vleže se sama dokáže zvednout do polosedu, přitáhne se. Nepostaví se, nechodící, sedí na vozíku s oporou zad. Levou horní končetinu má lepší, sama se zvládne najíst, vkládá si do úst asistentem pokrájenou potravu, pije pomocí brčka, sama si otře ústa po jídle. Během dne kontroluje sfinktery (močení a stolice), přes noc je plenována. Při osobní hygieně jí pomáhá asistent, sama si zvládne vyčistit zuby a učesat se.

Rozumí poměrně dobře, domluví se verbálně pomocí ano/ne a vydává zvuky. Navštěvovala speciální školu, kde se učila komunikovat pomocí piktogramů (alternativní a augmentativní komunikace -AAK). Bývá často pozitivně naladěná, je milá, společenská, ráda komunikuje, poznává známé osoby, reaguje na ně úsměvem, někdy i výrazným zvukovým projevem. Pozitivně reaguje na hudbu. Těší se do bazénu

s teplou vodou, na cvičení už méně - je pro ni někdy bolestivé, a pak reaguje nespokojeným mručením. Zajímají ji přírodopisné dokumenty vysílané v televizi, ráda si prohlíží knížky a skládá jednoduché dřevěné skládačky. Je velmi spokojená, může-li na návštěvu do „vedlejší“ domácnosti a na kávu se zaměstnanci, které považuje za své přátele. Žije v domácnosti spolu s pěti dalšími uživateli. Úklidu domácnosti se příliš neúčastní, neumí ovládat domácí spotřebiče a pečovat o své věci, o ty se jí stará klíčový pracovník. Jednou za čtrnáct dní jezdí s pomocí a doprovodem asistentů do internetové kavárny, čtyřikrát v týdnu navštěvuje chráněné pracovní dílny, dvakrát v týdnu má bazén a rehabilitaci.

Ošetrovatelská a rehabilitační péče: V rámci práce v dílnách procvičuje jemnou motoriku ruky, hrubou motoriku celých horních končetin a koordinaci pohybů. Je nutno dohlížet, aby Míša zapojovala obě ruce, nejen zdatnější levou ruku. Ráda skládá barevné obrazce, navléká korále apod. V rámci sebeobsluhy je motivována k tomu, aby se sama přesunovala pomocí mechanického vozíku, jako tomu bylo v minulosti, a nenechala se vozit asistenty. Pracovníci využívají u Míši při běžné denní ošetrovatelské péči

prvky

z bazální stimulace a polohují ji. Polohování nemá Míša příliš ráda (u některých ošetrovatelů zcela odmítá být polohována), obzvláště na polohovacím pytli. Bývá proto spíše polohována na polohovacím panelu a na matraci BIOSYNCHRON, která využívá synergický efekt tří fyzikálních terapií, a to: suchá termoterapie (teplo), pulzní magnetoterapie (s nepatrnými vibracemi) a fototerapie (světlo léčba). Ke korekčním (nápravným) účelům, je jí do pravé ruky několikrát během dne vkládán stočený válec k protažení prstů do extenze (natažení) a ruka pokládána na extenční dlahu. K udržení a zlepšování hybnosti provádí při rehabilitaci cílená cvičení a techniky k uvolnění spastických končetin, dále protahování posturálních (vzpřimovacích) svalů, posilování ochablých svalů, korekční cvičení zejména levé dolní končetiny, kterou má Míša po operaci (2003). Než se přistoupí k samotné cílené léčbě, zpravidla jde Míša do vyhřívaného bazénu, ve kterém se sama snaží cvičit. Má speciální nafukovací vestu s oporou hlavy. Teplá voda a vztlak pozitivně působí na její organismus. Působí hyperemicky (prokrvení) a tím dochází ke zlepšení trofiky tkání a orgánů, analgeticky čili protibolestivě, uvolňuje spasmy, nadlehčuje postižené paretické končetiny. Při ponoření se zmenšuje zatížení kloubů tělesnou hmotností a vztlak vody podporuje pomalé aktivní pohyby s malým vynaložením svalové síly. Opakovaným cvičením se zlepšuje koordinace pohybů a dynamická svalová síla. Míša velmi ráda ve vodě také

relaxuje a jen tak se pohupuje a nadnáší. Bezprostředně po koupeli absolvuje na krátkou dobu zábal a pak následuje cvičení. Po cvičení, pokud není příliš unavená, ještě trénuje na MOTOmedu. MOTOmed je pohybový léčebný elektrický přístroj na principu rotopedu, používá se k udržení kloubní pohyblivosti, mobilizaci zbytkové svalové síly a k zmírnění poškození vyvolaných nedostatkem pohybu. Je určen pro lidi s pohybovými obtížemi, vozíčkáře a osoby dlouhodobě upoutané na lůžko. Pomocí různých kladek a suchých zipů se upnou končetiny do pedálů a zapne se přístroj. Na MOTOmedu lze nastavit rychlost, různé druhy zátěže, čas apod. Přestože klient sám aktivně nešlape, má tento pasivní pohyb význam, neboť udržuje rozsah pohybu, rozpohybuje a uvolní ztuhlé končetiny. Aktivně se pohyb provádí tak, že jedinec působí silou proti pohybu pedálů.

Závěr: Rehabilitace má u Míši pokaždé velký efekt, bohužel na komplexní rehabilitaci (tedy cílené cvičení, synergickou reflexní terapii, mechanoterapii apod.) dochází pouze dvakrát až třikrát v týdnu, což je nedostačující. Samozřejmě také necvičí o víkendech nebo má-li terapeut dovolenou či je nemocný. Pak je odkázána „pouze“ na bazální stimulaci v rámci běžné ošetrovatelské péče, eventuálně na cvičení na MOTOmedu a na procvičování jemné, hrubé motoriky, v rámci ORP a koordinace při práci v dílnách. Začíná-li se po těchto prodlevách opět s cílenou komplexní rehabilitací, začíná se prakticky od začátku.

Kazuistika č. 2

Dívka Zuzka, narozena 12. 1. 1978, je uživatelkou Integrovaného centra od roku 1981. Rodina jí často navštěvuje. Je veselá, společenská, radost projevuje smíchem a nadsakovaním na vozíku. Většinou má dobrou náladu.

Zdravotní anamnéza: DMO, spastická kvadruparéza, mikrocefalie, mentální retardace, epilepsie, amauróza.

Psychomotorický vývoj a společenský život: Zuzka je nechodící, má velký speciálně upravený vozík. Sama se nepřetočí ani na boky ani na břicho nebo záda. Má spastické končetiny s těžce omezenou hybností a flekčními kontrakturami. Pravou horní končetinu má nejméně spastickou, hýbe s ní a ovládá jí. Udrží v ní předměty, po jak dlouhou dobu chce (např. rolničky, kterými si chrastí do rytmu hudby). Z levé ruky vložené předměty ihned pouští. Dále má těžkou deformitu hrudníku, těžkou skoliózu páteře a zvýšenou lámavost kostí. Zuzka potřebuje plnou asistenci druhé osoby (včetně podávání mixované stravy, osobní hygieny apod.). Je inkontinentní, vyžaduje celodenní

plenování. Zuzka má zbytky zraku. Verbálně nekomunikuje, ale umí pozorně naslouchat. Znamé osoby pozná podle hlasu. Výrazně se projevuje mimikou i celým tělem (spokojenost projevuje nadsakováním na vozíku, nespokojenost kroucením a naříkáním). Speciální školu nenavštěvovala, pouze v rámci komunikace se učila vyjádřit souhlas či nesouhlas pomocí dvou kartiček z různých materiálů – pro ANO z měkké a příjemné látky na dotyk, pro NE z hrubého materiálu. Ostatní formy AAK (alternativní a augmentativní komunikace) nepoužívá. Miluje hudbu (zejména K. Gotta), ráda poslouchá rádio, televizi a pohádky (z pohádek má nejraději O Popelce).

Ošetrovatelská a rehabilitační péče: Zuzky stav je komplikovanější vzhledem k jejímu zrakovému postižení, neschopnosti navázat oční kontakt a neschopnosti verbální komunikace. Zuzka absolvuje třikrát týdně rehabilitační cvičení a cvičení v bazénu. Jsou u ní opět využívány prvky a postupy ze synergické reflexní terapie, pomalé pasivní protahování spastických končetin, cviky k uvolnění a zvětšování rozsahu pohybu v jednotlivých kloubech (ramenních, loketních, zápěstních, drobných kloubů ruky a dále kyčelních, kolenních a hlezenních kloubů). Zuzka má značně deformovaný hrudník, který se stáčí k pravé straně. Provádějí se korekční cviky a pasivní cviky na protažení zkrácených svalů, které přetáčí trup do rotace a úklonu na pravou stranu. Zároveň stimulují ochablé svaly na opačné straně hrudníku. K předehřátí a uvolnění před cvičením opět poslouží bazén nebo relaxační masáže. Dvakrát v týdnu má Zuzka bylinné koupele. K stimulaci a rozvoji jemné motoriky rukou využívá stimulační panel za podpory terapeuta. Panel je před ní zavěšen a jsou na něm předměty z různých materiálů, tvarů, velikostí apod. Terapeut přikládá Zuzce ruce na jednotlivé předměty a slovně tuto aktivitu doprovází. Pobízí Zuzku, aby nabízený předmět uchopila, tiskla různou intenzitou nebo ho udržela po určitou dobu. Dále jsou za účelem stimulace, rozvoje poznávacích schopností a podpoření fantazie využívány „hmatové knížky“, prvky z bazální stimulace (ta je prováděna i ostatními pracovníky v průběhu celého dne), jemné masáže pomocí molitanových míčků (míčkování) apod. Zuzce jsou do rukou vkládány předměty z kovu, dřeva, látek příjemných na dotyk, zdrsňené předměty, aj. „Teplé“ a na omak příjemné předměty ze dřeva nebo látky držela v ruce déle, „studené“ (kov) a nepříjemné na dotyk ihned pouštěla.

Při veškerých pohybech, přesunech či polohování je nutné dbát zvýšené opatrnosti vzhledem k její zvýšené lámavosti kostí. Při polohování se musí vždy Zuzce dávat

postranice nebo použít jiné pomůcky k zafixování polohy a zabránění pádu. Stále je nutné Zuzku podkládat antidekubitní vzduchovou podložkou.

Závěr: Zuzka dělá mírné pokroky, zlepšuje se u ní koordinace pohybů, haptické vnímání. Daří se u ní protahování zkrácených svalů a svalových skupin. Bohužel i zde, jako v prvním případě, o víkendech, kdy Zuzka nerehabilituje, dochází k regresi a návratu do původního stavu. K dosažení, již předtím, dobytých poloh je nutné začít prakticky od začátku. Individuální rehabilitační postupy se sice osvědčily, ale bylo by zapotřebí častějších a pravidelných opakování, které ale bohužel nejsou v silách jednoho terapeuta, je důležité důsledně pokračovat s cvičením v rámci ORP.

Příloha 6 – hodnocení soběstačnosti dle dotazníku FIM

HODNOCENÍ DOTAZNÍKU FIM, jednotlivé dovednosti:		
Příjem jídla	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0
Modifikovaná nezávislost	1	1
Supervize	1	2
Minimální asistence	3	4
Mírná asistence	8	7
Maximální závislost	6	6
Celková závislost	2	1

Osobní hygiena	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0
Supervize	0	3
Minimální asistence	4	1
Mírná asistence	8	9
Maximální závislost	7	7
Celková závislost	2	1

Koupání	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0
Supervize	0	0
Minimální asistence	1	2
Mírná asistence	3	4
Maximální závislost	7	7
Celková závislost	10	8

Oblékání – horní polovina těla	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0
Supervize	0	0
Minimální asistence	3	4
Mírná asistence	4	5
Maximální závislost	9	8
Celková závislost	5	4

Oblékání – dolní polovina těla	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0
Supervize	0	0
Minimální asistence	1	2
Mírná asistence	4	4
Maximální závislost	5	6
Celková závislost	11	9

Kontrola močení	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	2	2
Modifikovaná nezávislost	0	0
Supervize	3	3
Minimální asistence	3	3
Mírná asistence	5	5
Maximální závislost	1	2
Celková závislost	7	6

Kontrola vyprazdňování	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0
Supervize	6	6
Minimální asistence	2	2
Mírná asistence	3	3
Maximální závislost	3	3
Celková závislost	7	7

Přesun postel – židle – vozík	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0
Modifikovaná nezávislost	1	0
Supervize	0	0
Minimální asistence	4	4
Mírná asistence	5	8
Maximální závislost	9	6
Celková závislost	3	2

Přesun na toaletu	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0
Supervize	0	0
Minimální asistence	3	3
Mírná asistence	6	7
Maximální závislost	6	5
Celková závislost	6	6

Přesun vana, sprchový kout	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0
Modifikovaná nezávislost	0	0
Supervize	0	0
Minimální asistence	2	2
Mírná asistence	3	5
Maximální závislost	12	10
Celková závislost	4	4

Chůze / jízda na vozíku	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	2	2
Modifikovaná nezávislost	1	1
Supervize	0	0
Minimální asistence	3	3
Mírná asistence	4	3
Maximální závislost	7	8
Celková závislost	4	4

Schody	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	1	1
Modifikovaná nezávislost	0	1
Supervize	0	0
Minimální asistence	1	1
Mírná asistence	3	2
Maximální závislost	1	1
Celková závislost	15	15

Komunikace – rozumění	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	2	2
Modifikovaná nezávislost	2	2
Supervize	2	2
Minimální asistence	7	7
Mírná asistence	2	2
Maximální závislost	5	5
Celková závislost	1	1

Komunikace – exprese	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	0	0
Modifikovaná nezávislost	1	1
Supervize	1	1
Minimální asistence	6	6
Mírná asistence	6	6
Maximální závislost	2	2
Celková závislost	5	5

Sociální interakce	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	3	3
Modifikovaná nezávislost	3	3
Supervize	1	1
Minimální asistence	6	6
Mírná asistence	3	3
Maximální závislost	5	5
Celková závislost	0	0

Paměť	Počet respondentů	Počet respondentů
	Na začátku projektu	Na konci projektu
Úplná nezávislost	3	3
Modifikovaná nezávislost	1	1
Supervize	1	1
Minimální asistence	4	6
Mírná asistence	5	2
Maximální závislost	3	4
Celková závislost	4	4

Příloha 7 – dotazník

Dobrý den,

Jmenuji Miloslava Hrdličková a jsem studentkou bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na Ústavu zdravotnických studií při TUL.

Tématem mé bakalářské práce je „Ošetrovatelská rehabilitační péče u lidí s těžkým kombinovaným postižením v sociálních zařízeních“. Tímto bych Vás ráda požádala o laskavou spolupráci. Tento dotazník je zcela anonymní a má mi pomoci při vyhodnocování empirické části. V otázkách můžete zaškrtnout i více možností.

Za vyplnění dotazníku Vám předem děkuji!

S přáním hezkého dne Miloslava Hrdličková

E – mail: milahrdlickova@centrum. cz

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Brédová

Pohlaví: žena x muž

Věk:

Dosažené vzdělání:.....

Název zařízení, ve kterém pracujete:.....

Pracovní pozice:.....

1. Uveďte prosím počet klientů, o které se během své služby staráte.

.....

2. Je podle Vašeho názoru tento počet vyhovující? Uveďte podle Vás ideální počet klientů.

 ano x ne klientů

3. Jaký stupeň mentální retardace převládá u Vašich klientů?
- lehká mentální retardace
 - středně těžká mentální retardace
 - těžká mentální retardace
 - hluboká mentální retardace
4. Jaké kombinované vady se spolu vyskytují u Vašich klientů?
- smyslové vady
 - tělesné postižení
 - Dětská mozková obrna
 - žádné
5. Domníváte se, že ošetrovatelská rehabilitační péče (dále jen ORP) je na Vašem pracovišti dostatečná?
- ano x ne
6. Pokud ne, v čem vidíte problém ve vykonávání ORP?
- v nedostatku personálu
 - v nezajištění podmínek pro vykonání ORP
 - v interpersonálních problémech
 - v nedostatku znalostí
 - v nezájmu ze strany klientů
 - jiný:
7. Máte dostatek času věnovat se ORP? Kolik času Vám zabere ORP u jednoho klienta během 1 směny?
- ano x ne min.
8. Jak získáváte odborné informace k vykonávání ORP?
- od fyzioterapeutů
 - z literatury
 - z odborných kurzů
 - jinak:
9. Kde pozorujete největší pozitivní vliv ORP u klientů (seřad'te prosím od 1 – 4)?
- na celkovém zdravotním stavu
 - na psychickém stavu
 - na soběstačnosti
 - na ovlivnění bolesti

10. Jak často polohujete motoricky pasivního klienta?

- a. á 2 hodiny
- b. á 4 – 6 hodin
- c. 2x denně
- d. nepolohujete

11. Jaké pomůcky používáte k polohování?

.....

.....

.....

.....

12. Uveďte nejčastěji používané ošetřovatelské a rehabilitační výkony, které vykonáváte (cca 5 – 10 příkladů).

OŠETŘOVATELSKÉ VÝKONY	
hygiena	
péče o pokožku	
prevence a ošetření dekubitů	
péče o ránu	
ošetření kožních lézí	
polohování	
příprava stravy	
pitný režim	
krmení	
krmení sondou	
podávání léků p. o. (ústý)	
péče o PEG sondu	
péče o lůžko a pokoj	
měření fyziologických funkcí	
aplikace léčebné terapie	
asistence lékařům	

REHABILITAČNÍ VÝKONY	
masáže	
relaxace	
perličková koupel	
bazální stimulace	
dechová cvičení	
pasivní cvičení	
aktivní asistované cvičení	
posazování	
nácvik chůze	
nácvik soběstačnosti	
aktivizace uživatelů	
použití rehabilitačních přístrojů	

13. Jaké prvky ORP z uvedených možností považujete za nejdůležitější (seřad'te prosím 1 – 4)?

- a. polohování
- b. pasivní a aktivní cvičení
- c. dechová rehabilitace
- d. nácvik soběstačnosti

14. Jak se nejčastěji projevuje u Vašich klientů nedostatek ORP?

- a. tvorbou dekubitů
- b. zhoršeným průběhem chorobných a úrazových stavů
- c. menší soběstačnosti či nesoběstačnosti
- d. snížením fyzické kondice
- e. zhoršením duševního stavu
- f. svalovým postižením, kontrakturami
- g. bolestí
- h. vznikem komplikací: trombóza, bronchopneumonie, obstrukce

15. Používáte k vykonávání ORP i některou z alternativních metod? Uveďte prosím příklad.

.....

.....

16. Máte zájem se v oblasti ORP vzdělávat?

ano x ne

17. Je spolupráce s ostatními členy týmu v oblasti lékařských oborů dostatečná?

ano x ne

18. Je spolupráce s ostatními členy týmu v oblasti nelékařských oborů dostatečná?

ano x ne

19. Pokud ne, v čem je nedostatečná a v čem vidíte příčinu?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI!
S ÚCTOU MILOSLAVA HRDLIČKOVÁ

Příloha 8 – protokol k provádění výzkumu

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HEDLICHOVA ANELKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VĚTRUATELSTVÍ	209 600049	3
Téma práce	VĚTRUATELSTVÍ REHABILITAČNÍ PRÁCE V LIDÍ S TĚŽKÝMI KOMBINOVANÝMI POSTIŽENÍMI	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	<div> Integrované centrum pro osoby se zdravotním postižením Horní Poustevna 40 407 82 Dolní Poustevna IČ: 708 72 686 </div>	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Bredová výzk. prof. - vedoucí práce	
Vyjadření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V 7. POUSTEVNĚ dne 19.2.18

ANELKA HEDLICHOVA

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HRDLIČKOVÁ MILUŠKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
ÚČETNÍKOVATELSTVÍ	20900009P	3
Téma práce	ÚČETNÍKOVATELSKÁ REHABILITAČNÍ PÉČE U LIDÍ S TĚŽKÝM KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM V JEDNOLÍČKOVÝCH ZARÁŽENÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Brédová vrchní fyzioterapeutka	
Vyjadření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení <small>Domovy sociálních služeb Litvínov, příspěvková organizace Litvínov - Janov, Základní čp. 177, PSČ 435 42 IČO: 258672541</small>	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Litvínově dne 18.2.19

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HRDLICKOVÁ MILUŠLAVA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
ÚČETŘOVATELSTVÍ	20900009P	3.
Téma práce	ÚČETŘOVATELSKÁ, REHABILITAČNÍ, PÉČE U LIDÍ S TĚŽKÝM, KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM V SOUHRNÍ FYZIOTERAPII	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	porušením Brtníky, příspěvková organizace Brtníky, čp. 119, 407 60 IČ 475744140, IČ 412 336 137	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Brédová vrchní fyzioterapeutka	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V BRTNÍKY dne 17. 2. 2019

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HEDLÍČKOVÁ NIKOLKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
INŽENÝRSTVÍ	2 09 6000 914	3
Téma práce	VĚTRNÉ PASTELKY REHAZILITACE PŘE 3 LIDÍ S TĚŽKÝM KLMNÍKOVÝM POSTAVENÍM	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Bredová vrchní fizioterapeutka	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		


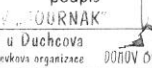
V VILEMOV dne 15.3.2013

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HRDLÍČKOVÁ MILUŠKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VĚTRVATELSTVÍ	209 600099	3
Téma práce	VĚTRVATELSKÁ REHABILITAČNÍ PÉČE V LIDÍ S TĚŽKÝMI KOMBINOVANÝMI POSTIŽENÍMI V DOMOVNÍCH ZAŘÍZENÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	 DOMOV „BOURNAK“ Háji u Duchcova příspěvková organizace Kubálova 269, 417 22 Háji u Duchcova IČ: 637 87 911	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra B. IČ: 637 87 911	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím  Háji u Duchcova příspěvková organizace Kubálova 269, 417 22 Háji u Duchcova IČ: 637 87 911	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Háji u Duchcova dne 10.2.2015

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HOLIBKOVÁ ANELKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VĚTRVATELSTVÍ	209 000 98	3
Téma práce	VĚTRVATELKA REHABILITAČNÍ PEČE U LIDÍ S TĚŽKÝM KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM V JEDNOLINOVÝCH ZABÝVÁNÍCH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Brébavá vrchní fyzioterapeutka	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Domov Severka Jiříkov, příspěvková organizace, IČ: 472 74 468 407 53 Jiříkov, Filipovská 582/20	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Domov Severka Jiříkov, příspěvková organizace, IČ: 472 74 468 407 53 Jiříkov, Filipovská 582/20 (5)	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V YIRKOVÉ dne 12. 10. 13

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HEDLICKOVÁ MILUŠLAVA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
VEŠTRŮVATELSTVÍ	2 09 0000 98	3
Téma práce	VEŠTRŮVATELSKÁ REHABILITAČNÍ PÉČE U LIDÍ S TĚŽKÝM KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM V KOMBINOVANÝM KALIBRECH	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Petra Bredová vedoucí psychologického oddělení	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V KADANĚ dne 15. 4. 2018

podpis studenta

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	HOLÝŠOVÁ MILUŠKA	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
INSTRUMENTALITA	204 000 99	3
Téma práce	INSTRUMENTALITA REHABILITAČNÍ PRÁCE V LIDÍ S TĚŽKÝM KLINICKÝM POSTAVENÍM V KLINICKÉM ZÁSTUPNÍM	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	MgA. Petrá Břecová vedoucího pracoviště	
Vyřazení vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu		
Datum ukončení výzkumu		
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V. TRAPE dne 9. 4. 2015

podpis studenta

